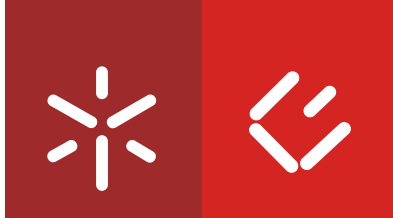


Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

Filipa Sousa Luz da Silva

**Gestão da idade e envelhecimento ativo:
a realidade das associações de paralisia
cerebral**



Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

Filipa Sousa Luz da Silva

**Gestão da idade e envelhecimento ativo:
a realidade das associações de paralisia
cerebral**

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Regina Leite
e do
Mestre José Joaquim Alvarelhão

julho de 2018

DECLARAÇÃO

Nome: Filipa Sousa Luz da Silva

Endereço eletrónico: filipasousaluz@gmail.com Telefone: 91 751 36 10

Número do Bilhete de Identidade: 14649960 3 ZX8

Título dissertação:

Gestão da idade e envelhecimento ativo: a realidade das associações de paralisia cerebral

Orientador(es):

Professora Doutora Regina Leite

Mestre José Joaquim Alvarelhão

Ano de conclusão: 2018

Designação do Mestrado: **Gestão de Unidades de Saúde**

1. É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA DISSERTAÇÃO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, 30/07/2018

Assinatura: _____

Filipa Sousa Luz

*“Para tudo há um momento e um tempo
para cada coisa que se deseja debaixo do céu:
Tempo para nascer e tempo para morrer,
Tempo para plantar e tempo para arrancar o que se plantou”
(Ecl 3, 1-2)*

Agradecimentos

Não meço este trabalho pelo tempo que demorou, mas pelos frutos que produziu em mim. Certa de que *para tudo há um momento*, gostaria de reforçar que esta jornada contribuiu para compreender (melhor) o valor do tempo e para aprender a respeitá-lo – face ao conjunto de domínios para os quais quero (e gosto) de distribuí-lo... um verdadeiro desafio!

Agradeço a Deus.

Pela graça e pela constância, sempre presente, a relembrar-me do valor do tempo (e da vida).

Agradeço aos meus orientadores.

À Professora Doutora Regina Leite, pelos ensinamentos, pela orientação cuidada e por ter acreditado desde o primeiro dia, na concretização deste trabalho.

Ao Professor Joaquim Alvarelhão, pela disponibilidade (que foi uma constante), pelo rigor científico a que me habituou desde a licenciatura. Mas, sobretudo, pelas oportunidades e pelos desafios ao longo desta caminhada. Muito obrigada.

Agradeço aos meus pais.

À Mãe, porque desde cedo soube cultivar em mim a arte de pensar e refletir sobre os assuntos, sobretudo os mais complexos (e este trabalho não é exceção!).

Ao Pai, porque é o meu porto seguro em todos os passos que eu der.

Agradeço às minhas irmãs, Mariana e Leonor.

Pela paciência, pela amizade e por terem assumido – vezes sem conta – o meu turno de arrumar a casa.

Agradeço a toda a minha família e amigos.

Cada um, mesmo os que já *cá* não estão, deixam – em mim – um pouco de si. Sou mais rica porque vos tenho comigo.

Agradeço à Associação do Porto de Paralisia Cerebral.

Porque acreditam em mim e porque me permitiram, desde logo, abraçar este desafio.

Agradeço ao Gonçalo, o meu Amor.

Porque ficou comigo em todos os passos... mesmo aqueles que demoraram mais tempo do que o esperado. Obrigada.

Resumo

A pirâmide etária portuguesa reflete o envelhecimento demográfico, fenómeno com forte impacto na população em idade ativa e na composição da força laboral. O crescimento e a eficiência das organizações dependerão da forma como rentabilizam e lidam com o envelhecimento dos colaboradores, nomeadamente no contexto da economia social.

O objetivo geral do presente trabalho visa compreender as práticas de gestão da idade e a sua relação com o paradigma do envelhecimento ativo nas associações de paralisia cerebral (APC) portuguesas. Para a prossecução deste objetivo, desenvolveram-se duas fases de investigação – qualitativa e quantitativa -, procurando captar a perspetiva dos gestores de topo e dos cuidadores formais (com 45 ou mais anos de idade) de pessoas adultas com paralisia cerebral.

Na fase exploratória foram entrevistados dois gestores e seis cuidadores formais de duas APC's da região Norte, com o objetivo de identificar as práticas de gestão da idade para os cuidadores formais das APC's e descrever o impacto do envelhecimento e da atividade profissional no desempenho destes profissionais. Na fase quantitativa foram aplicados inquéritos por questionário a 30 gestores e a 86 cuidadores formais de 10 APC's, onde se procurou captar tendências no concerne às perceções de ambos os públicos sobre (i) as práticas de gestão de recursos humanos (GRH) no contexto das APC's e (ii) sobre o impacto da atividade profissional dos cuidadores formais de pessoas adultas com paralisia cerebral.

Os resultados do estudo revelam que os cuidadores formais de pessoas adultas com paralisia cerebral estão particularmente suscetíveis ao desgaste físico e psicológico decorrente das suas funções, com impacto percebido ao nível da saúde. O envelhecimento destes profissionais está associado ao comprometimento da capacidade funcional para o trabalho e aumento de doenças profissionais, constituindo, por isso, uma preocupação para estas organizações. Ao nível da GRH, este estudo sugere uma reduzida tendência destas organizações para a gestão estratégica dos recursos humanos, sendo esta atualmente influenciada pelas perceções, qualificações e perfil de cada gestor. São sugeridas algumas recomendações para as APC's dirigidas aos responsáveis com funções de gestão baseadas nas evidências empíricas encontradas.

Em Portugal não existe trabalho científico que aborde a relação entre a gestão da idade e o envelhecimento ativo no contexto da paralisia cerebral. Neste sentido, considera-se que a presente dissertação constitui um ponto de partida para futuros trabalhos científicos neste âmbito.

Palavras-chave: Recursos Humanos; Gestão da Idade; Envelhecimento Ativo; Paralisia Cerebral; Cuidadores formais

Abstract

The Portuguese age pyramid reflects demographic aging, a phenomenon with a strong impact on the working age population and on the composition of the labor force. The growth and efficiency of organizations will depend on how they become profitable and deal with the aging of employees, particularly in the context of the social economy.

The general objective of this study is to understand age management practices and their relationship with the active aging paradigm in Portuguese cerebral palsy associations (APC). To achieve this goal, two research phases – qualitative and quantitative - were developed, seeking to capture the perspective of top managers and formal caregivers aged 45 or over of adults with cerebral palsy.

In the exploratory phase, two managers and six formal caregivers from two APC's of the North Region were interviewed, with the objective of identifying age management practices for the formal caregivers of APC's and describing the impact of aging and professional activity on the performance of these professionals. In the quantitative phase, questionnaire surveys were applied to 30 managers and 86 formal caregivers from 10 APCs, where it was sought to capture trends regarding the perceptions of both publics about (i) human resources management (HRM) practices in the context of APC's and (ii) on the impact of the professional activity of the formal caregivers of adults with cerebral palsy.

The results of this study reveal that formal caregivers of adults with cerebral palsy are particularly susceptible to physical and psychological deterioration due to their functions, with a perceived health impact. The aging of these professionals is associated with the impairment of functional capacity for work and the increase of occupational diseases, and is therefore a concern for these organizations. At the level of HRM, this study suggests a reduced tendency of these organizations for the strategic management of human resources, which is currently influenced by the perceptions, qualifications and profile of each manager. Some recommendations are suggested for the APC's addressed to managers with management functions based on the empirical evidence found.

In Portugal there is no scientific work that addresses the relationship between age management and active aging in the context of cerebral palsy. In this sense, it is considered that the present dissertation constitutes a starting point for future scientific works in this scope.

Keywords: Human Resources; Age Management; Active Aging; Cerebral Palsy; Formal caregivers

ÍNDICE GERAL

Agradecimentos	iv
Resumo	iv
Abstract	vi
INTRODUÇÃO.....	12
PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
Capítulo I.....	14
ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO	14
1.1. Envelhecimento da força laboral.....	16
1.2. Trabalhadores mais velhos.....	17
Capítulo II.....	20
GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS NO CONTEXTO DA ECONOMIA SOCIAL	20
2.1. Economia social: o contexto português	21
2.2. Gestão de recursos humanos nas organizações sem fins-lucrativos.....	22
2.3. Cuidadores formais nas Instituições Particulares de Solidariedade Social	24
Capítulo III.....	27
GESTÃO DA IDADE.....	27
3.1. Dimensões da gestão da idade.....	28
3.2. Gestão da idade e (para o) envelhecimento ativo	32
PARTE II: ESTUDO EMPÍRICO.....	35
Capítulo IV.....	35
DESENHO DA INVESTIGAÇÃO	35
Capítulo V.....	37
1ª FASE DO ESTUDO: AS ENTREVISTAS EXPLORATÓRIAS.....	37
5.1. Metodologia	38
5.1.1. Instrumentos e técnicas de recolha de dados	38
5.1.2. Procedimentos.....	39
5.1.3. Participantes.....	40
5.1.3. Análise de dados.....	41
5.2. Resultados	41
5.2.1. Atividade profissional	42
5.2.2. Práticas de Gestão de Recursos Humanos.....	47
5.3. Discussão	48

Capítulo VI.....	52
2ª FASE DO ESTUDO: OS INQUÉRITOS POR QUESTIONÁRIO.....	52
6.2. Metodologia	53
6.2.1. Contexto: as associações de paralisia cerebral.....	53
6.2.2. Participantes.....	54
6.1.3. Instrumentos e técnicas de recolha de dados	55
6.1.3.1. Inquérito por questionário – Gestão de Topo	55
6.1.3.2. Inquérito por questionário – AAD's/AEAPD.....	57
6.1.4. Análise de dados.....	57
6.2. Inquérito por questionário aos gestores	58
6.2.1. Resultados.....	58
6.2.1.1. Perceção dos gestores sobre a atividade profissional dos AAD's/AEAPD	59
6.2.1.2. Recrutamento e seleção dos AAD's/AEAPD	61
6.2.1.3 Práticas de gestão de recursos humanos adotadas pelos gestores	63
6.2.1.4. Perceção dos gestores sobre as práticas de gestão de recursos humanos.....	64
6.2.2. Discussão	66
6.2.2.1. Perceção dos gestores sobre a atividade profissional dos AAD's/AEAPD	67
6.2.2.2. Recrutamento e seleção dos AAD's/AEAPD	68
6.2.2.3. Perceção dos gestores acerca das práticas de GRH.....	69
6.3. Inquérito por questionário aos AAD's/AEAPD.....	71
6.3.1. Resultados.....	71
6.3.1.1. Perceção dos AAD's/AEAPD sobre atividade profissional	74
6.3.1.2. Nível de conhecimento das práticas de GRH.....	76
6.3.1.3. Perceção dos AAD's/AEAPD sobre as práticas de GRH.....	77
6.3.2. Discussão	79
6.3.2.1. Impacto percebido da atividade profissional dos AAD's/AEAPD.....	80
6.3.2.2. Perceção dos AAD's/AEAPD sobre as práticas de GRH.....	82
Capítulo VII.....	85
CONCLUSÕES.....	85
7.1. Implicações para a gestão.....	87
7.2. Limitações da investigação.....	88
7.3. Sugestões para futuras investigações	89
Capítulo VIII.....	90
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	90
Anexos	102

ANEXO A. Guião da entrevista exploratória (Gestão de Topo)	103
ANEXO B. Guião da entrevista exploratória (AAD's/AEAPD)	104
ANEXO C. Inquérito por questionário (Gestão de Topo).....	106
ANEXO D. Inquérito por questionário (AAD's/AEAPD).....	115
ANEXO E. Tabelas não incluídas no texto	121

LISTA DE ABREVIATURAS

AAD – Ajudante de Ação Direta

AD – Avaliação de Desempenho

AEAPD – Ajudante de Estabelecimento de Apoio à Pessoa com Deficiência

APC – Associação de Paralisia Cerebral

CAO – Centro de Atividades Ocupacionais

CF – Capacidade Funcional

CNIS – Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade

Eurofound - Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho

FAPPC – Federação das Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral

GRH – Gestão de Recursos Humanos

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

LR – Lar Residencial

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

UE – União Europeia

UN – Nações Unidas

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Quadro analítico da GRH nas Organizações Sem Fins-Lucrativos	24
Figura 2 - Desenho da investigação.....	36
Figura 3 - Práticas de GRH implementadas nas APC's.....	64

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Níveis da gestão da idade.....	32
Tabela 2 – Envelhecimento ativo em contexto organizacional	33
Tabela 3 – Participantes na primeira fase	40
Tabela 4 - Categorias e subcategorias.....	42
Tabela 5 - Referências da categoria "Atividade Profissional"	42
Tabela 6 - Referências da categoria "Práticas de Gestão de Recursos Humanos"	47
Tabela 7 - Variáveis sociodemográficas dos órgãos diretivos.....	58
Tabela 8 - Variáveis profissionais dos órgãos diretivos	59
Tabela 9 - Percepção dos órgãos diretivos sobre a atividade profissional dos AAD's/AEAPD.....	60
Tabela 10 - Fonte de recrutamento mais utilizada	61
Tabela 11 - Tipo de recrutamento interno mais utilizado	62
Tabela 12 - Pré-requisitos no recrutamento de AAD's/AEAPD.....	62
Tabela 13 - Grau de importância atribuído às práticas de GRH (órgãos diretivos)	65
Tabela 14 - Variáveis sociodemográficas dos AAD's/AEAPD	72
Tabela 15 - Variáveis profissionais dos AAD's/AEAPD.....	73
Tabela 16 - Percepção dos AAD's/AEAPD sobre a atividade profissional.....	75
Tabela 17 - Nível de conhecimento dos AAD's/AEAPD acerca das práticas de GRH	76
Tabela 18 - Grau de importância atribuído às práticas de GRH (AAD's/AEAPD)	78

INTRODUÇÃO

O presente trabalho desenvolve-se a partir do conhecimento empírico obtido da experiência profissional numa associação de paralisia cerebral portuguesa. De forma complementar, e perante a literatura (in)existente sobre as particularidades do impacto da atividade profissional no grupo profissional de AAD's/AEAPD e ao nível da gestão de recursos humanos, procurou-se conduzir um estudo exploratório sobre esta temática, constituindo, assim, um ponto de partida para futuros trabalhos.

Portugal é um dos países onde a população idosa tem mais peso, ocupando o 5º lugar no *ranking* dos países mais envelhecidos do mundo (United Nations, 2015). A temática do envelhecimento é, assim, colocada na agenda política e social, dada a premente necessidade em compreender as suas exigências na pessoa, na família, na comunidade, na sociedade em geral, e na composição da força laboral em particular (Walker, 2006).

O conceito de gestão da idade (tradução de *age management*) refere-se às diferentes formas de gerir os recursos humanos nas organizações, com particular enfoque no seu envelhecimento (Walker & Taylor, 1998). A literatura existente sobre a gestão da idade em contexto organizacional tem abordado as perceções dos trabalhadores mais velhos (Hennekam & Herrbach, 2015); a valorização das práticas de gestão da idade (Pinto, Ramos, & Nunes, 2015); o envelhecimento bem-sucedido (Robson & Hansson, 2007); e o envelhecimento ativo em contexto laboral (Walker, 2006). Todavia, existe uma escassez de estudos sobre esta temática no contexto da economia social e, em concreto, no âmbito da paralisia cerebral.

A Paralisia Cerebral é a condição de saúde mais comum na infância, caracterizando-se pelo comprometimento na funcionalidade - isto é, por limitações na atividade e na participação – ao longo do ciclo de vida (Bax *et al.*, 2005; Colver, Fairhurst, & Pharoah, 2014). Em Portugal, e de acordo com o censo de 2011, residiam 15 009 pessoas com paralisia cerebral (INE, 2018). Dados recentes concluem que existe um declínio da taxa de incidência de PC aos 5 anos nas crianças nascidas em Portugal entre 2001 e 2007, de 2,01% nado-vivos nascidos em 2001 para 1,55% nado-vivos nascidos entre 2001 e 2007 (Virella *et al.*, 2017). Neste sentido, as Instituições Privadas de Solidariedade Social (IPSS's) têm desenvolvido serviços dirigidos à pessoa com deficiência que preveem obrigatoriamente, em termos de quadro de pessoal, cuidadores formais designados por “Ajudantes de Ação Direta” (AAD's) ou “Ajudantes de Estabelecimento do Apoio a Pessoa com Deficiência” (AEAPD) (cf.: Decreto-Lei n.º 18/89 de 11 de janeiro do Ministério do Emprego e da Segurança Social, 1989; Portaria n.º 59/2015 de 02 de março do Ministério da Solidariedade, Emprego e Solidariedade Social, 2015). Reconhece-se, por um lado, que os cuidadores formais – na generalidade - constituem um grupo profissional de risco devido ao seu conteúdo

funcional e exposição diária a riscos (Pinto, 2012). Por outro lado, verifica-se que as respostas sociais para pessoas adultas com deficiência (e.g.: Lares Residenciais) exigem o quádruplo de AAD's/AEAPD em relação às respostas para pessoas idosas, justificado pela necessidade elevada de apoio na realização de atividades (característico da Paralisia Cerebral) (Tavares, 2012).

A presente investigação tem como objetivo compreender as práticas de gestão da idade e a sua relação com o paradigma do envelhecimento ativo nas associações de paralisia cerebral portuguesas. Para a prossecução deste objetivo, desenvolveram-se duas fases – exploratória/qualitativa e quantitativa -, isto é, dois momentos de recolha de dados, consubstanciados em três estudos transversais, exploratórios e descritivos com objetivos específicos. Desta forma, a dissertação está organizada em duas partes. A primeira parte inclui o enquadramento teórico, no qual é apresentada uma descrição teórica da temática, nomeadamente acerca do envelhecimento demográfico (Capítulo I), da gestão de recursos humanos no contexto da economia social (Capítulo II) e da gestão da idade (Capítulo III). A segunda parte diz respeito ao estudo empírico, onde se inclui a descrição dos objetivos de trabalho e o desenho da investigação (Capítulo IV) e a metodologia, resultados e discussão da 1.ª fase (Capítulo V) e da 2.ª fase (Capítulo VI) desta investigação. Por fim, são apresentadas considerações finais sobre o presente trabalho (Capítulo VII), nomeadamente as principais conclusões, as implicações para a gestão e pistas para futuros trabalhos sobre esta temática.

PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo I

ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

A pirâmide etária portuguesa reflete o crescente envelhecimento da população, fenómeno que se tem vindo a acentuar nas últimas décadas. Portugal é um dos países onde a população idosa tem mais peso, ocupando o 5º lugar no *ranking* dos países mais envelhecidos (United Nations [UN], 2015). Se em 1965 Portugal apresentava um índice de envelhecimento de 27,5%, em 2016 já ostentava 150,90% (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2018b). As tendências demográficas comportam um conjunto de implicações para os órgãos governamentais e privados, nomeadamente na proteção social (sustentabilidade financeira), nos cuidados de saúde, na educação e, de modo geral, no crescimento da economia e bem-estar da população (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE], 2018; Valente Rosa & Chitas, 2010).

Em Portugal, à semelhança do contexto europeu, o envelhecimento demográfico é o resultado dos progressos societais, que se refletem, por um lado, em baixos níveis de fecundidade (i.e.: envelhecimento na base) e, por outro lado, no aumento da esperança média de vida (i.e.: envelhecimento no topo) (Valente Rosa & Chitas, 2010). No que concerne à diminuição da fecundidade, o Índice Sintético de Fecundidade¹ permite concluir que, nos últimos 60 anos, as mulheres têm consideravelmente menos filhos – se, em 1960, verifica-se 3,23 filhos por mulher (Valente Rosa & Chitas, 2010), em 2016 ostenta-se 1,36 filhos por mulher (Pordata, 2018b). O aumento da esperança média de vida², por outro lado, resultado de um conjunto variado de fatores sociais e de saúde, reflete a importância estatística das pessoas em idade mais avançada (Valente Rosa & Chitas, 2010). Se, em 1960, os homens esperariam viver 60,7 anos e as mulheres 66,4 anos, em 2016 os homens já esperam viver até aos 77,7 anos e as mulheres até aos 83,4 anos (Pordata, 2018a). Portugal experiencia, assim, uma transição demográfica caracterizada pela passagem de um tipo de natalidade e mortalidade elevados, para um contexto onde ambas assumem valores muito reduzidos, acentuando o peso das pessoas mais velhas e reduzindo a importância dos mais jovens no total da população (Dias & Rodrigues, 2012).

O panorama nacional tende a evoluir neste sentido, colocando o conceito de **envelhecimento** na agenda política e social (UN, 2015), dada a premente necessidade em compreender as suas exigências na pessoa, na família, na comunidade e na sociedade em geral. De facto, as mudanças que constituem e influenciam o envelhecimento são complexas (World Health Organization [WHO], 2015). No plano individual, existem mudanças significativas na condição de saúde e na participação de cada um (Cabral & Ferreira, 2013), uma vez que o aumento da idade se traduz, por um lado, num conjunto

¹ Número médio de crianças vivas nascidas por mulher em idade fértil (dos 15 aos 49 anos de idade).

² Número médio de anos que uma pessoa à nascença pode esperar viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idades observadas no momento de referência.

de alterações fisiológicas e, consequentemente, numa maior exposição a doenças crónicas (WHO, 2015), que poderá comprometer a sua capacidade funcional e autonomia (Cabral & Ferreira, 2013); por outro lado, manifesta-se na mudança de papéis e posições sociais (WHO, 2015).

No plano coletivo, impõem-se novas exigências nas relações intergeracionais e na sustentabilidade dos sistemas de saúde e proteção social (Cabral & Ferreira, 2013; Dias & Rodrigues, 2012; UN, 2015), traduzida pela “deterioração da ‘relação de forças’ estatística entre ativos e pensionistas” (Valente Rosa & Chitas, 2010, p. 103). Nesta perspetiva, a reflexão prende-se, por um lado, com a equidade das relações intergeracionais no “plano das transferências financeiras, da competição nos mercados de trabalho e do apoio mútuo entre as diferentes gerações” (Cabral & Ferreira, 2013, p. 12). Por outro lado, discute-se a sobrevivência (e eficácia) do modelo vigente de segurança social (Valente Rosa & Chitas, 2010) e de saúde (Dias & Rodrigues, 2012), tornando necessário rever os alicerces sociais e económicos em que estes sistemas assentam (Cabral & Ferreira, 2013).

1.1. Envelhecimento da força laboral

As alterações demográficas trarão, a curto-prazo, um grande impacto ao nível da população em idade ativa e da composição da força laboral (Walker, 2005; Walker, 2006; Schalk *et al.*, 2010), não apenas em Portugal, mas ao nível dos países da União Europeia (Morschhäuser & Sochert, 2006). A força laboral compreende todas as pessoas que cumprem os requisitos de inclusão entre empregados e desempregados, medido em pessoas (OCDE, 2018b). O envelhecimento da população ativa é expresso pelo aumento da idade média dos indivíduos e pelo peso crescente dos trabalhadores mais velhos, constituindo um elemento central nas dinâmicas do mercado de trabalho (Dias & Rodrigues, 2012).

No contexto de transição demográfica, a competitividade da União Europeia, durante as próximas décadas, dependerá da contribuição dos trabalhadores mais velhos, especialmente em comparação com a América do Norte e a Ásia (Morschhäuser & Sochert, 2006). Em complementaridade, a Eurofound (2006) afirma que o crescimento económico, competitividade e eficiência irão evoluir (positiva ou negativamente) dependendo da forma como as organizações conseguirem rentabilizar e lidar com o envelhecimento dos trabalhadores. Fabisiak e Prokurat (2012) corroboram esta visão, sugerindo que a futura competitividade das organizações e a economia, na generalidade, dependerá da utilização das competências das pessoas mais velhas, da sua produtividade e desempenho.

Na União Europeia (UE), o fenómeno de envelhecimento da população em idade ativa conduziu os órgãos governamentais a considerar o aumento da idade da reforma, com o intuito de prolongar a

participação da força laboral mais velha e promover a sustentabilidade financeira dos sistemas de proteção social (UN, 2015). Complementariamente, outras medidas têm sido implementadas pelos governos, nomeadamente os apoios financeiros e fiscais – diretos ou indiretos – para as empresas, a manutenção ou criação de empregos para os trabalhadores mais velhos, legislação para o combate a práticas discriminatórias, entre outros (Dias & Rodrigues, 2012). Neste âmbito, a abordagem da EU visa mobilizar plenamente, para a vida ativa, o potencial das pessoas em todas as idades (MTSS, 2007).

Especificamente no contexto português, a transição demográfica é acompanhada por um conjunto de particularidades no que concerne à composição social da população ativa, nomeadamente através da feminização e aumento dos níveis de escolaridade, a terciarização das atividades laborais, a intensificação da precariedade do emprego, a instabilidade e insegurança laborais, os níveis crescentes da taxa de desemprego e a manutenção de importantes desigualdades salariais (Dias & Rodrigues, 2012). Assim, em Portugal, sendo um dos primeiros países a avançar com a reforma do sistema de pensões (Dias & Rodrigues, 2012), o governo mobilizou um conjunto de instrumentos, previstos no âmbito da Estratégia de Envelhecimento Ativo (MTSS, 2007). Aqui inclui-se o prolongamento do tempo de trabalho no ciclo de vida, a penalização da reforma antecipada, as alterações das fórmulas de cálculo das pensões e a sua atualização, entre outros, a aproximação da idade efetiva à idade legal de transição para a reforma, entre outros. Não obstante, a realidade portuguesa apresenta algumas especificidades, nomeadamente considerando os escassos recursos educacionais e as qualificações profissionais insuficientes (ou desvalorizadas economicamente)³ (Dias & Rodrigues, 2012).

1.2. Trabalhadores mais velhos

O termo *trabalhador mais velho* tem sido amplamente discutido na literatura (Ng & Feldman, 2008), não existindo um consenso sobre a sua definição. Sterns e Miklos (1995) consideram que será o carácter multidimensional do envelhecimento que torna complexo adequar e refleti-lo numa só definição.

A literatura sugere diversas abordagens que contribuem para a definição de *trabalhador mais velho* (Cleveland & Shore, 1992; Sterns & Miklos, 1995), que a seguir se apresentam. Sterns e Miklos (1995) distinguem cinco tipos de domínios relacionados com a idade: cronológica, funcional, psicossocial, organizacional e a perspetiva *lifespan*.

A **idade cronológica** refere-se à idade do calendário (Kooij, Lange, Jansen & Dikkers, 2008), ou seja, à mensuração da passagem do tempo decorrido em dias, meses e anos desde o momento do

³ Face à média da UE, Portugal apresenta elevadas proporções de ativos (55 aos 64 anos), tendo como nível de escolaridade mais elevado o Ensino Básico. No que concerne à educação e formação, os trabalhadores mais velhos portugueses apresentam uma participação nestes domínios cerca de quatro vezes inferior à média da UE (Dias & Rodrigues, 2012).

nascimento (Schneider & Irigaray, 2008). Este tipo de idade fundamenta a distinção entre *novo* e *velho*. No contexto organizacional, o termo *mais velho* é aplicado a trabalhadores com idade a partir dos 45 anos (Kooij *et al.*, 2008), dos 50 (Stamov-Roßnagel & Hertel, 2010; Taylor & Walker, 1998) e dos 55 (James, Swanberg & McKechnie, 2007). De acordo com o Australian Institute of Management (2013), parece existir maior consensualização no grupo etário a partir dos 45 anos. Nas organizações, a idade cronológica poderá assumir um caráter redundante, uma vez que determina a elegibilidade para a aposentadoria e outros benefícios associados à idade, independentemente da condição de saúde, a evolução na carreira ou o valor atribuído ao trabalho (Kooij *et al.*, 2008).

O **domínio funcional da idade** baseia-se no desempenho e reconhece que existe uma grande variabilidade individual nas capacidades e no funcionamento de cada indivíduo (Sterns & Miklos, 1995), assumindo uma componente biológica e psicológica (Kooij *et al.*, 2008). À medida que a idade cronológica avança, cada pessoa experiencia mudanças ao nível biológico e psicológico, que se poderão refletir na saúde, na capacidade funcional, nas competências cognitivas e no desempenho de cada um (Sterns & Miklos, 1995). Em contexto organizacional, Kooij *et al.* (2008) demonstraram que a idade funcional tem impacto na motivação dos trabalhadores mais velhos. No domínio biológico, a presença de uma condição de saúde⁴ aumenta a probabilidade de transição para a reforma. No domínio psicológico, a perceção de autoeficácia tende a diminuir, verificando-se uma mudança no tipo de tarefas requeridas (e.g.: trabalhadores assumem preferência por tarefas que exigem conhecimento geral e compreensão verbal em detrimento de tarefas novas ou exigentes).

A **idade psicossocial** consiste na perceção - social e individual – sobre a idade. A perceção individual – ou *idade subjetiva* (Cleveland & Shore, 1992) - refere-se à forma como o indivíduo perceciona, sente e age perante a sua idade. Já a perceção social – ou *idade social* (Cleveland & Shore, 1992) - envolve as normas sociais aplicadas aos indivíduos, sendo expectável um determinado grau de adequação no que concerne aos papéis e comportamentos para as pessoas de uma determinada idade (Schneider & Irigaray, 2008; Sterns & Miklos, 1995). O domínio psicossocial, em contexto laboral, considera três eixos: a idade que a sociedade perceciona num indivíduo mais velho; os atributos, estereótipos e atitudes que são adotadas em relação aos mais velhos; e as respetivas implicações na participação dos trabalhadores mais velhos (Sterns & Miklos, 1995). Kooij *et al.* (2008) defendem que os estereótipos e as atitudes discriminatórias perante os trabalhadores mais velhos podem influenciar as

⁴ Condições de saúde são definidas como “as circunstâncias na saúde das pessoas, que se apresentam de forma mais ou menos persistentes e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, episódicas ou continuas e fragmentadas ou integradas, dos sistemas” de saúde, dos profissionais de saúde e utentes (Mendes, 2012, p. 31).

decisões dos gestores, resultando num conjunto de situações com impacto negativo neste grupo profissional (e.g.: limitação no acesso às oportunidades de promoção, formação e desenvolvimento).

A **idade organizacional** pressupõe o envelhecimento dos indivíduos relativamente à função e numa organização. Ao nível do indivíduo, os efeitos do envelhecimento são frequentemente confundidos com os efeitos da *antiguidade* na organização e vice-versa (Sterns & Miklos, 1995). Numa análise mais abrangente, a literatura discute o envelhecimento de uma organização, que pode ser percebido através da média de idades dos seus colaboradores e que, à medida que aumenta, coloca novas exigências ao nível da gestão de recursos humanos (Sterns & Miklos, 1995). O efeito da idade organizacional na intenção de permanecer na organização pode ser positivo (e.g.: incentivos monetários decorrentes da progressão da carreira) e negativo (e.g.: obsolescência das capacidades da camada profissional mais velha) (Kooij *et al.*, 2008).

A **perspetiva *lifespan***, transversal às abordagens acima referidas, introduz a possibilidade de existirem mudanças nos comportamentos dos indivíduos em qualquer altura do ciclo de vida, reconhecendo a importância das diferenças individuais nos padrões de carreira dos indivíduos (Sterns & Miklos, 1995). De acordo com os mesmos autores, e baseados no pressuposto de que as diferenças individuais se acentuam à medida que as pessoas envelhecem (Baltes, Reese & Lipsitt, 1980), as mudanças podem ser influenciadas pelos acontecimentos normativos – seja de carácter biológico/funcional ou ambiental - e não-normativos (e.g.: mudança de carreira; situação de desemprego; mudança no estado de saúde). Kooij *et al.* (2008) defendem que a forma como a idade é conceptualizada comporta importantes implicações na relação entre o envelhecimento (perspetiva *lifespan*) e a intenção e motivação dos trabalhadores mais velhos em permanecer na organização. Deste modo, a abordagem *lifespan* do envelhecimento contribui para uma melhor compreensão e atuação sobre as diferenças individuais da idade dos trabalhadores de uma dada organização (Sterns & Miklos, 1995; Truxillo, Cadiz, Rineer, Zaniboni & Fraccaroli, 2012).

Capítulo II

GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS NO CONTEXTO DA ECONOMIA SOCIAL

2.1. Economia social: o contexto português

Em Portugal, o setor da sociedade civil assume um carácter alargado, incluindo dois tipos de organizações: por um lado, “organizações prestadoras de serviços que suplementam ou complementam serviços públicos nas áreas da saúde, educação e serviços sociais”; por outro lado, estruturas que oferecem mecanismos aos indivíduos para, de modo conjunto, “fazerem face às necessidades da comunidade, participar na vida política e perseguir interesses individuais e do grupo” (Franco, Sokolowski, Hairrel & Salamon, 2005, p. 8). As organizações não-lucrativas, que manifestam uma visibilidade crescente no contexto português, diferenciam-se do setor empresarial e público, sendo, frequentemente, denominadas por *instituições de solidariedade* e *setor social* (Franco *et al.*, 2005).

Neste contexto surge frequentemente o termo “economia social”, que se define por “um intervalo entre o Estado e o mercado, quer no sentido de concretização das ações que o Estado não pretende resolver, quer naquelas que a economia privada não vislumbra interesses lucrativos para a sua realização” (Caeiro, 2008, p. 64). Estas ações são desenvolvidas por organizações cujas atividades, orientadas para o bem-comum, surgem pela iniciativa de particulares, que formam entidades de carácter coletivo com o objetivo de dar expressão organizada a uma missão social, sem a primazia de uma finalidade lucrativa (Lopes, Marcos & Parente, 2014). Franco *et al.* (2005) entendem que a economia social se traduz no conjunto das “organizações que fornecem bens e serviços públicos e que operam num espírito de solidariedade e partilha” (Franco *et al.*, 2005, p. 8).

As organizações de economia social, definidas por critérios de carácter jurídico, económico e sociológico, exercem, na sua origem, um papel decisivo na promoção do emprego, bem-estar social e saúde, e na inclusão dos públicos mais vulneráveis (Caeiro, 2008). Morris (2000) apresenta três características que contribuem para a definição destas organizações: a natureza dos recursos da organização; os resultados e a natureza dos bens e serviços fornecidos; e a forma de distribuição do rendimento excedente das organizações. De referir que estas entidades podem obter o estatuto jurídico de Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), o qual representa uma condição privilegiada em termos de direitos, deveres e benefícios (nomeadamente, fiscais) (Lopes *et al.*, 2014).

As IPSS's são constituídas sem finalidade lucrativa, por iniciativa de particulares, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos (*Decreto-Lei n.º 119/83 de 25 de fevereiro do Ministério dos Assuntos Sociais*, 1983). Estas desenvolvem diferentes serviços, organizados em respostas sociais tipificadas e operacionalizados através da

contratualização dos mesmos pelo Estado que, na prática, assume a forma de acordos celebrados entre as instituições e os Centros Regionais da Segurança Social (Lopes *et al.*, 2014). Complementariamente, importa ressaltar que os serviços prestados pelas IPSS's adotam particularidades no que concerne ao seu funcionamento e organização, a constituição e gestão do quadro de pessoal, baseados na necessidade de garantir a efetivação dos direitos do público-alvo (*Decreto-Lei n.º 119/83 de 25 de fevereiro do Ministério dos Assuntos Sociais*, 1983), onde se incluem as pessoas com deficiência.

2.2. Gestão de recursos humanos nas organizações sem fins-lucrativos

A GRH assume um papel crítico para a efetividade e eficiência das organizações que, ao longo do tempo, experienciam desafios económicos, tecnológicos, socioculturais, geracionais, educacionais e legais (Pynes, 2009). No contexto da economia social, Pynes (2009) defende que o impacto destas mudanças societárias é significativo. Por um lado, pelo modelo de financiamento das organizações sem fins-lucrativos, que é distinto das organizações privadas, sendo que a subsistência destas organizações está dependente maioritariamente dos apoios financeiros governamentais. Consequentemente, estas têm que lidar com as exigências colocadas pelas entidades financiadoras (i.e.: Instituto da Segurança Social), para garantir a continuidade e a melhoria da qualidade dos serviços prestados (Pynes, 2009; Ridder & McCandless, 2010). Por outro lado, pelo esforço acrescido na procura de alternativas de sustentabilidade económica (Costa, 2002), na qual a GRH se assume como uma estratégia para legitimar o trabalho realizado perante os *stakeholders* (Pynes, 2009).

Neste sentido, a GRH adota particular destaque no terceiro setor (Selden & Sowa, 2011), nas quais os recursos humanos assumem, no contexto das IPSS's, um papel fundamental na prossecução dos serviços destas organizações (Ridder, Piening & Baluch, 2012) e na resposta efetiva às mudanças que as mesmas experienciam (Pynes, 2009). De facto, nas organizações sem fins-lucrativos, as pessoas representam, não só os principais ativos (Hall *et al.*, 2003), mas também a maior percentagem dos gastos totais da mesma (Akingbola, 2006; Pynes, 2009).

Considerados recursos nucleares (Akingbola, 2006, 2013), os recursos humanos destas instituições são definidos pelas características sociais e humanas dos seus colaboradores (e.g.: as competências, os conhecimentos e comportamentos) e pelas competências e valores dos seus dirigentes (Akingbola, 2013). Importa, por isso, considerar as particularidades dos colaboradores que integram as instituições sem fins-lucrativos, frequentemente nomeadas na literatura:

- Ao nível do perfil sociodemográfico, os cargos são ocupados, predominantemente, pelas mulheres (McMullen & Schellenberg, 2002), com baixos níveis de profissionalização no caso dos cuidadores formais (Almeida, 2012).
- Ao nível da motivação, tendem a ser atraídos e motivados por fatores intrínsecos, como é o caso da missão institucional e o reconhecimento e valor atribuído ao trabalho que desenvolvem (Mcmullen & Schellenberg, 2003; Parente, 2012).
- Ao nível salarial, estes trabalhadores auferem baixas remunerações comparativamente com outros setores (Akingbola, 2006; Ramos & Gelinski, 2004; cf: Boletim do Trabalho e Emprego, n.º 31, 2015) e, por este motivo, tende a constituir uma alternativa ao desemprego (Ramos & Gelinski, 2004).

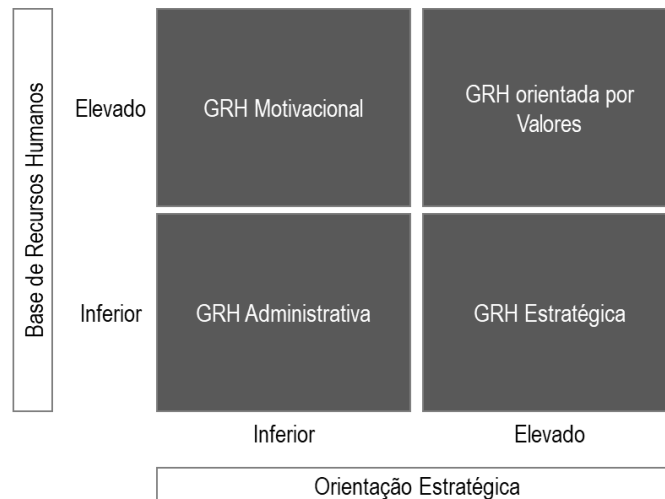
A orientação estratégica das organizações sem fins-lucrativos depende da importância atribuída aos valores, missão e resultados, assim como das necessidades, expectativas e objetivos dos *stakeholders* (internos e externos) (Ridder & McCandless, 2010). Nesta perspetiva, Ridder & McCandless (2010) remetem para a importância da influência dos fatores – internos e externos – na arquitetura da GRH, sugerindo que esta varia de acordo se a abordagem for baseada na estratégia ou nos recursos humanos da organização.

A abordagem baseada na estratégia pressupõe que a GRH seja reflexo dos valores, missão e objetivos da organização, isto é, que as práticas são desenvolvidas para dar suporte aos valores e à visão da mesma. Já a abordagem baseada nos recursos humanos da organização implica que a arquitetura da GRH seja influenciada pelas diferentes necessidades e motivações dos colaboradores destas organizações, nas quais as práticas são escolhidas e aplicadas de acordo com esses fatores (Ridder & McCandless, 2010).

Complementariamente, Ridder & McCandless (2010) denotam que as organizações sem fins-lucrativos aplicam uma variedade de práticas de GRH baseadas em ambas as abordagens, verificando que estas dimensões se encontram, na prática, interligadas. Deste modo, os autores apresentam um quadro analítico que categoriza a GRH de acordo com o grau de variação das duas dimensões (Figura 1), classificada em quatro eixos distintos: (i) administrativa, que se caracteriza pela ausência ou incipiência de uma ação orientada para a estratégia e/ou para o investimento no potencial dos recursos humanos, refletindo-se em práticas de GRH reduzidas e pouco profissionalizadas (Marcos, 2016); (ii) motivacional, cujo ênfase é colocado na motivação dos recursos humanos, ao invés na orientação estratégica; (iii) estratégica, caracterizada pela orientação estratégica e na qual os dirigentes assumem a responsabilidade dar expressão à missão organizacional através de um conjunto de estratégias, onde

se inclui a gestão de pessoas (Akingbola, 2006, 2013); e (iv) orientada para os valores, abrangendo a orientação estratégica e o investimento na motivação dos RH (Ridder & McCandless, 2010).

Figura 1 - Quadro analítico da GRH nas Organizações Sem Fins-Lucrativos



Fonte: Ridder & McCandless, 2010⁵

Ainda que a literatura sugira a pertinência da gestão estratégica de recursos humanos na atualidade das organizações de economia social, esta não tem sido evidente (Akingbola, 2006, 2013) e surge frequentemente associada à mera gestão administrativa (Marcos, 2016; Ridder & McCandless, 2010). Não obstante, a GRH afigura-se aqui como uma ferramenta capaz de identificar os principais desafios e respetivas práticas, particularmente pelo facto da prática profissional destes contextos depender do conhecimento, das capacidades, competências e outras características dos seus trabalhadores (Pynes, 2009).

2.3. Cuidadores formais nas Instituições Particulares de Solidariedade Social

Em Portugal, no âmbito da deficiência, as IPSS's têm desenvolvido serviços que permitem a continuidade da prestação de cuidados (e.g.: Lar Residencial -LR) e o desenvolvimento de atividades ocupacionais (e.g.: Centro de Atividades Ocupacionais -CAO) à pessoa com deficiência. Estas respostas sociais preveem obrigatoriamente, em termos de quadro de pessoal, cuidadores formais designados por "Ajudantes de Ação Direta" (AAD's) ou "Ajudantes de Estabelecimento do Apoio a Pessoa com Deficiência" (AEAPD) (*Decreto-Lei n.º 18/89 de 11 de janeiro do Ministério do Emprego e da Segurança*

⁵ Tradução livre da autora.

Social, 1989; *Portaria n.º 59/2015 de 02 de março do Ministério da Solidariedade, Emprego e Solidariedade Social*, 2015).

Neste contexto, o cuidador formal assume particular relevância, quer pela elevada expressividade na composição do quadro de pessoal, quer pelo conteúdo funcional e exposição diária a riscos (biológicos, químicos, ergonómicos e psicossociais), cuja frequência poderá refletir-se no número crescente de acidentes de trabalho e doenças profissionais (Pinto, 2012), comprometendo a qualidade do serviço prestado.

A *Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico* (OCDE, 2018c) apresenta o cuidador formal (*personal care worker*) como aquele que presta serviços no âmbito dos cuidados de longa duração, em contexto domiciliário ou institucional (excluindo os hospitais) e que não apresenta qualificação ou certificação para cuidados de enfermagem, desempenhando tarefas relacionadas com as atividades básicas de vida diária a pessoas em situação de incapacidade (i.e.: pessoas com deficiência, pessoas idosas, entre outras).

O Contrato Coletivo de Trabalho entre a Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade (CNIS) e a Federação Nacional dos Sindicatos prevê duas categorias de funcionários não técnicos que poderão assumir a prestação de apoio direto à pessoa com deficiência, já acima referidos. O (Boletim do Trabalho e Emprego, n.º 31, 2015) define o AAD⁶ como o profissional que *trabalha diretamente com os utentes, quer individualmente, quer em grupo, tendo em vista o seu bem-estar*. No que concerne ao AEAPD⁷, não é apresentada uma definição concreta sobre esta categoria profissional. As categorias apresentam diferenças no conteúdo funcional e na progressão da carreira. Por um lado, ao nível do conteúdo funcional das carreiras, as funções diferem em número (no caso dos AAD's são consideravelmente em maior número) e em conteúdo (no caso dos AEAPD são incluídas tarefas de carácter ocupacional e socioeducativo). Por outro lado, no que concerne à progressão da carreira, ainda que ambas as categorias se desenvolvam pelas categorias de 3.^a, 2.^a e 1.^a, os AEAPD iniciam a carreira no Nível XV, enquanto os AAD's iniciam no nível XIV, o que se reflete em diferenças na remuneração auferida.

⁶ Recebe os utentes e faz a sua integração no período inicial de utilização dos equipamentos ou serviços; procede ao acompanhamento diurno e ou noturno dos utentes, dentro e fora dos estabelecimentos e serviços, guiando-os, auxiliando-os, estimulando-os através da conversação, detetando os seus interesses e motivações e participando na ocupação de tempos livres; assegura a alimentação regular dos utentes; recolhe e cuida dos utensílios e equipamentos utilizados nas refeições; presta cuidados de higiene e conforto aos utentes e colabora na prestação de cuidados de saúde que não requeiram conhecimentos específicos, nomeadamente, aplicando cremes medicinais, executando pequenos pensos e administrando medicamentos, nas horas prescritas e segundo as instruções recebidas; substitui as roupas de cama e da casa de banho, bem como o vestuário dos utentes, procede ao acondicionamento, arrumação, distribuição, transporte e controlo das roupas lavadas e à recolha de roupas sujas e sua entrega na lavandaria; requisita, recebe, controla e distribui os artigos de higiene e conforto; reporta à instituição ocorrências relevantes no âmbito das funções exercidas.

⁷ Procede ao acompanhamento diurno ou noturno dos utentes, dentro e fora do serviço ou estabelecimento; participa na ocupação de tempos livres; apoia a realização de atividades socioeducativas; auxilia nas tarefas de alimentação dos utentes; apoia-os nos trabalhos que tenham de realizar.

Existe uma escassez de estudos sobre o perfil do cuidador formal e impacto da atividade profissional no contexto da paralisia cerebral. A literatura nacional e internacional foca, sobretudo, o perfil e as atitudes dos cuidadores formais de idosos e de pessoas com demência (Ribeiro, Ferreira, Ferreira, Magalhães & Moreira, 2008; Zimmerman et al., 2005); as condições de trabalho dos ajudantes de ação direta (Pinto, 2012), a sua qualidade de vida, saúde mental e satisfação profissional (Cabral & Ferreira, 2013; Castle, Degenholtz & Rosen, 2006), bem como as necessidades, em geral, deste grupo profissional (Infante, 2016; Pereira, Corte & Marques, 2014).

Capítulo III

GESTÃO DA IDADE

A Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho (Eurofound) e outras entidades têm alertado os órgãos governamentais para a necessidade de aumentar a permanência das pessoas mais velhas no mercado de trabalho (Eurofound, 2006). As organizações têm implementado estratégias para promover a empregabilidade dos trabalhadores mais velhos, tendo por base o retorno do investimento feito no capital humano; a prevenção das carências ao nível da qualificação; a otimização do potencial de recrutamento; a resposta ativa às alterações demográficas; e a promoção da diversidade dos colaboradores (Taylor & Walker, 1998). Armstrong-Stassen (2008) refere que, ainda que a maioria dos empregadores esteja alerta para estas questões, são poucas as organizações que adotam medidas concretas neste domínio. Complementariamente, Tillsley e Taylor (2017) atentam para a necessidade das organizações mudarem as suas atitudes e políticas em relação aos trabalhadores mais velhos, realçando, também, a importância da investigação científica nesta área, de modo a ser possível detalhar de que forma estas organizações tem vindo a aproximar a GRH aos trabalhadores mais velhos.

A **gestão da idade** emerge como uma ferramenta capaz de promover (i) o conhecimento e a sensibilização relativamente ao envelhecimento; (ii) atitudes justas face aos trabalhadores mais velhos; (iii) a capacidade para o trabalho e a produtividade de todos os colaboradores; (iv) a aprendizagem ao longo da vida; (v) ambientes de trabalho favoráveis ao envelhecimento; e (v) a transição segura e dignificada para a reforma. Ou seja, a integração de medidas específicas de gestão que visam minimizar as consequências do envelhecimento, permitindo que o indivíduo permaneça ativo, independentemente da sua idade (Ilmarinen, 2012).

Casey, Metcalf e Lakey (1993), referidos por Walker (2006), apresentam **cinco dimensões** das práticas no âmbito da gestão da idade: (i) recrutamento (e saída); (ii) formação, desenvolvimento e promoções; (iii) práticas de trabalho flexíveis; (iv) ergonomia e perfil de funções; e (v) mudança de atitudes acerca dos trabalhadores mais velhos. Armstrong-Stassen (2008) acresce às práticas anteriormente referidas a avaliação do desempenho e o reconhecimento e respeito, sendo estas as mais valorizadas e decisivas na permanência do colaborador na instituição. Evidencia-se, ainda, as abordagens integradas e multidimensionais (Eurofound, 2006). Segundo um estudo realizado por (Pinto *et al.*, 2015), as práticas mais valorizadas pelo colaborador são a recompensação, o reconhecimento, a participação e a formação. De seguida, descrevem-se as práticas de gestão de recursos humanos, no âmbito da gestão da idade.

3.1. Dimensões da gestão da idade

Recrutamento (e saída). As boas práticas de recrutamento pressupõem garantir a igualdade de acesso às oportunidades de emprego, independentemente da idade do candidato (Walker, 2005), com enfoque nas capacidades, competências, experiência e o potencial de cada candidato (Drury, 2001).

No que diz respeito ao processo de saída, as boas práticas implicam basear as decisões em critérios objetivos e relacionados com o trabalho (Drury, 2001), disponibilizando um conjunto de opções de saída para o trabalhador (Drury, 2001; Walker, 2005), incluindo a aposentadoria parcial (Walker, 2005).

Formação, desenvolvimento e promoções. Aqui inclui-se a necessidade de garantir a não-discriminação dos trabalhadores mais velhos no acesso à formação e ao desenvolvimento, nomeadamente na progressão da carreira (Walker, 2005), assim como às oportunidades de reconversão ou promoção (Armstrong-Stassen, 2008). O domínio da formação e do desenvolvimento, no âmbito da gestão da idade, tem como objetivo atualizar ou adquirir novas competências, assim como promover o acesso dos mais velhos às novas tecnologias (Armstrong-Stassen, 2008). Neste sentido, a literatura sugere que as organizações devem encorajar a participação dos seus trabalhadores às oportunidades relevantes e adequadas de formação e desenvolvimento, garantindo, também, a possibilidade de acesso às mesmas ao longo das suas carreiras (Drury, 2001). Complementariamente, Kooji e Voorde (2015) defendem que estas oportunidades influenciam o grau de compromisso e perceção de suporte organizacional e, como tal, a motivação dos trabalhadores mais velhos para permanecer na sua organização.

Práticas de trabalho flexíveis. Esta prática, dirigida aos trabalhadores mais velhos, inclui o ajustamento do horário (Drury, 2001; Walker, 2005), a transição para a reforma (Walker, 2005) e outras medidas que comportem um impacto positivo no desempenho dos colaboradores e nas responsabilidades familiares (Drury, 2001). Armstrong-Stassen (2008) defende que as organizações, no âmbito das práticas de trabalho flexíveis, devem prever a possibilidade dos trabalhadores mais velhos usufruírem, pontualmente, de modalidades de trabalho a tempo parcial ou a partir da sua casa, férias não-remuneradas (devido à educação, cuidado informal), entre outros.

Ergonomia e perfil de funções. Drury (2001) refere-se a este domínio como a organização dos processos de trabalho de uma organização passível de permitir que os trabalhadores tenham um bom desempenho e garantir que o seu estado de saúde e capacidade de trabalho estejam otimizados. Desta forma, incorporam-se aqui medidas de higiene e segurança do trabalho, mas também de promoção da saúde e incentivo à adoção de estilos saudáveis (Drury, 2001). A adaptação do posto de trabalho é, assim, uma medida de carácter preventivo e/ou compensatório (Walker, 2005). Numa lógica preventiva, poderá atenuar situações de doença e incapacidade, particularmente em profissões associadas a elevada exigência física (e.g.: providenciar os equipamentos necessários para a correta execução das tarefas). Por outro lado, e numa perspetiva compensatória, os trabalhadores mais velhos que experienciam o declínio físico poderão beneficiar da adaptação das funções, com o intuito de manter

os níveis de produtividade e, consequentemente, permanecer na organização (Walker, 2005). Armstrong-Stassen (2008) reforça, neste âmbito, a importância do envolvimento dos próprios profissionais na adaptação do perfil de funções, nomeadamente na carga associada, na inclusão/exclusão de tarefas e na criação de novos papéis.

Mudança de atitudes acerca dos trabalhadores mais velhos. Assumido como um pré-requisito para a efetiva gestão da idade, no âmbito da GRH (Walker, 2005), esta dimensão é lata na medida em que pressupõe “educar toda a força laboral sobre como os estereótipos relacionados com a idade e as atitudes discriminatórias surgem e de que forma devem ser combatidos” (Drury, 2001, p. 622). Diversos estudos refletem a mudança de atitudes acerca dos trabalhadores mais velhos: por exemplo, uma investigação realizada por Conen, Henkens e Schippers (2011) demonstra que as organizações, entre 2000 e 2008, têm investido nos trabalhadores mais velhos, em termos de recrutamento e retenção. Por sua vez, Kooij *et al.*, 2008 demonstraram que as perceções que resultam em práticas discriminatórias em relação aos trabalhadores mais velhos devem ser consideradas na GRH, uma vez que podem resultar na obsolescência das capacidades e competências e na deterioração do autoconceito dos trabalhadores mais velhos.

Avaliação do desempenho. Constitui uma ferramenta para avaliar e medir o desempenho do funcionário e verificar se este corresponde aos objetivos definidos pela organização (Pinto *et al.*, 2015). Pressupõe, no âmbito da gestão da idade, que a organização promova (i) o envolvimento dos trabalhadores mais velhos na definição dos padrões de desempenho, (ii) equidade e justiça no procedimento de avaliação e (iii) comunicação, de forma solidária, sobre o desempenho dos trabalhadores (Armstrong-Stassen, 2008).

Reconhecimento e respeito. Este domínio, de acordo com Armstrong-Stassen (2008), pressupõe reconhecer e, por isso, valorizar, o papel, a experiência, as competências e o conhecimento dos trabalhadores mais velhos. Diversos estudos demonstram que as práticas de “Reconhecimento” são altamente valorizadas pelos trabalhadores mais velhos (Armstrong-Stassen, 2008; Pinto *et al.*, 2015). A Perceção de Suporte Organizacional implicitamente contribui para a justificação desta constatação, na medida em que se refere às crenças desenvolvidas pelos trabalhadores acerca dos valores da organização e em que medida esta cuida do seu bem-estar (Eisenberger, Huntington, Hutchison & Sowa, 1986). Nesta medida, ser valorizado pela organização, nomeadamente através do reconhecimento, contribui para uma Perceção de Suporte Organizacional^a positiva (Rhoades & Eisenberger, 2002). Em

^a Definido como as crenças globais desenvolvidas pelo empregado sobre a extensão em que a organização valoriza suas contribuições e cuida de seu bem-estar (Eisenberger *et al.* 1986)

contrapartida, (Armstrong-Stassen & Ursel, 2009) concluíram que, no caso dos trabalhadores mais velhos, as práticas de formação e desenvolvimento adaptadas às suas necessidades são importantes para a Percepção de Suporte Organizacional e, como tal, para a permanência na organização.

Abordagens integradas e multidimensionais. Uma abordagem integrada e multidimensional implica considerar a diversidade e qualidade de todas as medidas de GRH praticadas nas organizações, abrangendo todas as dimensões da idade. De acordo com a Eurofound (2006), este tipo de abordagem é caracterizado, por um lado, pela prevenção dos problemas associados à gestão da idade, tendo em conta todos os grupos etários, e não apenas os trabalhadores mais velhos. Por outro lado, a curto-prazo, esta abordagem deve incluir medidas corretivas dirigidas aos colaboradores cuja capacidade funcional está condicionada pelo exercício profissional (e.g.: lesão ou doença profissional). As organizações, adotando este tipo de abordagem, promovem, de forma mais eficaz, o desenvolvimento de uma política e cultura organizacional capaz de ajustar às mudanças sociodemográficas (Eurofound, 2006).

A gestão da idade assume como foco principal a **qualidade do trabalho** – isto significa que as práticas neste âmbito devem incluir a melhoria das qualificações dos colaboradores, assegurar o acesso à formação vocacional numa perspetiva de continuidade, aumentar a flexibilidade dos horários, promover a diversidade e o progresso na carreira sempre que possível (Walker, 2005). Combs, Liu, Hall, e Ketchen (2006) e Schalk *et al.* (2010) acrescentam que as práticas de gestão de recursos humanos influenciam a forma como as pessoas, de diferentes idades, se comportam na organização. Nesta linha de pensamento, Walker (2005) defende que uma abordagem de gestão de idade poderá, efetivamente, constituir um mecanismo efetivo na promoção da diversidade nas organizações, considerando as especificidades de cada grupo etário – nomeadamente, os mais velhos. Para além disso, este tipo de gestão conduz a um aumento da proteção da oferta de trabalho, com conseqüente redução dos custos laborais, assim como à maximização da utilidade da força de trabalho, levando ao aumento, não só da produtividade, mas também da competitividade da organização e ao valor partilhado (Barnett, Spoehr & Parnis, 2008). Para a sua efetividade, Fabisiak e Prokurat (2012) defendem que este tipo de gestão deve necessariamente assumir três níveis de execução: individual, organizacional e societal, tal como se pode verificar na Tabela 1.

Tabela 1 - Níveis da gestão da idade

Individual	Prevenção do envelhecimento secundário Estilos de vida saudáveis
Organizacional	Condições de trabalho ajustadas à idade Especialização da gestão sobre as questões da idade
Societal	Prevenir discriminação por idade (i.e.: idadeísmo) Atuar face às transformações demográficas

Fonte: Adaptada de Fabisiak e Prokurat (2012)

3.2. Gestão da idade e (para o) envelhecimento ativo

As transformações demográficas traduzem inúmeros desafios para as organizações, nomeadamente na sua capacidade de ajuste face às mudanças na composição da sua força laboral (Walker, 2006). Deste modo, o envelhecimento nas organizações impõe, de acordo com a Eurofound (2012) quadros analíticos distintos, designadamente sobre as condições de trabalho, o estado de saúde, as dimensões atitudinais do trabalho (e.g.: satisfação com o trabalho, reconhecimento, entre outros), a conciliação profissional e familiar e as condições socioeconómicas.

Neste contexto têm surgido novas expressões, tais como *envelhecimento ativo* (Walker, 2005), *produtivo* (Kumashiro, 2000; Matz-Costa, 2016) e *bem-sucedido* (Kooji, 2015b; Zacher, 2015) com crescente popularidade no domínio académico e organizacional (Zacher, 2015). Contudo, não existem ainda estruturas teóricas que expliquem, de forma consensual, os pressupostos subjacentes a estes conceitos (Zacher, 2015). A variação dos termos utilizados reflete a multiplicidade de critérios utilizados para explicar o fenómeno. Enquanto o termo *ativo* enfoca os níveis de envolvimento em atividades significativas (i.e.: participação social), os termos *bem-sucedido* e *saudável* referem-se ao bem-estar físico e mental dos indivíduos (Walker, 2006; Zacher, 2015).

A relação entre as práticas de gestão da idade e o paradigma do **envelhecimento ativo** não está, ainda, amplamente estudada. O envelhecimento ativo é definido como o “processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para alcançar a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem” (WHO, 2002, p. 12). A estratégia inerente ao envelhecimento ativo deve necessariamente assumir um carácter multidimensional na sua operacionalização, ao nível do indivíduo e da sociedade, de forma integrada (WHO, 2002).

Henkens e Schippers (2012) sugerem que a pesquisa científica sobre o envelhecimento ativo deve adotar uma abordagem mais abrangente, reconhecendo a importância do papel dos comportamentos dos empregadores, das organizações, da sociedade civil e dos governos na promoção deste paradigma. De acordo com os autores, esta abordagem implica promover o aumento da participação dos trabalhadores mais velhos, o envolvimento dos mesmos em atividades produtivas no

período da reforma e o compromisso de toda a sociedade civil neste objetivo. O *envelhecimento ativo no emprego* afigurou-se como um dos três pilares constituintes do Ano Europeu para o Envelhecimento Ativo e Solidariedade entre Gerações – 2012, refletindo a necessidade de considerar as atuais condições de trabalho e possíveis adaptações perante os trabalhadores mais velhos (Eurofound, 2012). Associado ao prolongamento da vida profissional, o *envelhecimento ativo* contribui decisivamente para o envelhecimento da força laboral nos países europeus (Henkens & Schippers, 2012).

Considerar o **envelhecimento ativo em contexto organizacional** implica, de acordo com Walker (2006), por parte de todos os intervenientes – empregado e empregador – a adoção de uma perspetiva de curso de vida, pois as capacidades de cada pessoa variam de acordo com a idade. O principal objetivo será o desenho e idealização de locais de trabalho onde as pessoas, independentemente da sua idade, consigam desenvolver e explorar o seu potencial ao máximo (Walker, 2006; WHO, 2002).

Reconhecendo os diferentes níveis de análise da gestão da idade – individual, organizacional e da política do mercado de trabalho macroeconómico (Fabisiak & Prokurat, 2012) -, é crucial integrar as responsabilidades de todos os intervenientes na implementação deste paradigma em contexto organizacional. O dever de criar condições para o prolongamento das carreiras por parte dos empregadores e o dever, por parte dos colaboradores, de desenvolver o seu potencial a partir das oportunidades que lhes são facultadas é descrito por Walker (2006), tal como se pode verificar na Tabela 2.

Tabela 2 – Envelhecimento ativo em contexto organizacional

Capacidade de trabalho do colaborador	Ambiente de trabalho
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualificações e competências ▪ Capacidade de trabalho em equipa ▪ Capacidade de trabalho autónomo ▪ Compromisso com formação contínua ▪ Flexibilidade e mobilidade 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consciencialização sobre a idade ▪ Organização do trabalho flexível ▪ Horário de trabalho flexível ▪ Diversidade (igualdade de oportunidades) ▪ Planeamento de carreira e promoções ▪ Formação contínua ▪ Condições de trabalho (saúde e segurança)

Fonte: Adaptada de Walker (2006)

A dualidade apresentada por Alan Walker sustenta a necessidade de responsabilizar ambos os intervenientes para a promoção do envelhecimento ativo em contexto organizacional (Walker, 2006). Kooji (2015) reforça esta ideia, argumentando que a adaptação contínua entre a capacidade intrínseca do trabalhador e as exigências do contexto de trabalho é fundamental para a manutenção da saúde, capacidade de trabalho e motivação (e, assim, conseguir envelhecer de forma bem-sucedida no trabalho). Um estudo realizado por Robson e Hansson (2007) identificou sete tipos de estratégias utilizadas pelos

trabalhadores, passíveis de promover o envelhecimento bem-sucedido: desenvolvimento das competências relacionais⁹, segurança¹⁰, aprendizagem contínua¹¹, alívio de stress¹², extensão das competências¹³, gestão da carreira¹⁴ e conscienciosidade¹⁵. Assim, a responsabilização individual do trabalhador é entendida como fundamental para o sucesso do seu envelhecimento em contexto organizacional (Kooji, 2015a).

⁹ Apoio e desenvolvimento dos relacionamentos pessoais e profissionais

¹⁰ Promoção de sentimentos de segurança e proteção no trabalho

¹¹ Atualização do conhecimento, competências e capacidades dos trabalhadores mais velhos

¹² Redução dos níveis de *stress* dos colaboradores mais velhos

¹³ Incentivo para trabalhadores mais velhos assumirem responsabilidades que abranjam domínios que extrapolam a sua área de conhecimento

¹⁴ Promoção do desenvolvimento da carreira dos trabalhadores mais velhos

¹⁵ Promoção do desenvolvimento/melhoria do desempenho no trabalho e produtividade dos trabalhadores mais velhos

PARTE II: ESTUDO EMPÍRICO

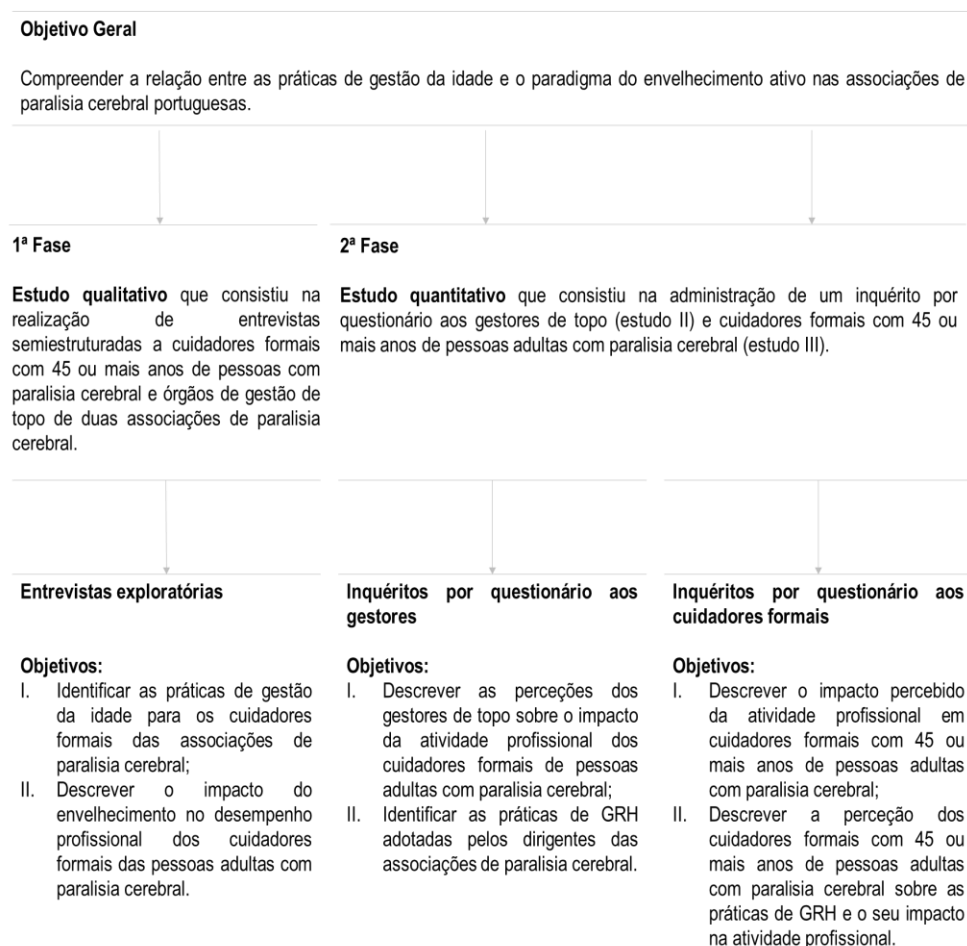
Capítulo IV

DESENHO DA INVESTIGAÇÃO

A revisão da literatura apresentada permite compreender que a temática da gestão da idade e o envelhecimento ativo em contexto organizacional já conhece contributos científicos. Todavia, ao nível teórico, revela-se uma escassez de estudos sobre esta temática no contexto das organizações de economia social, nomeadamente sobre o impacto da atividade profissional dos cuidadores formais de pessoas adultas com paralisia cerebral.

O presente trabalho pretende compreender as práticas de gestão da idade e a sua relação com o paradigma do envelhecimento ativo nas associações de paralisia cerebral portuguesas. Para a prossecução deste objetivo, desenvolveram-se duas fases – (i) exploratória/qualitativa e (ii) quantitativa -, isto é, dois momentos de recolha de dados, consubstanciados em três estudos transversais, exploratórios e descritivos com objetivos específicos (*Figura 2*).

Figura 2 - Desenho da investigação



Fonte: Elaboração própria

Capítulo V

1ª FASE DO ESTUDO: AS ENTREVISTAS EXPLORATÓRIAS

A primeira fase deste estudo, de carácter exploratório, teve por objetivo a identificação das práticas de gestão da idade das associações de paralisia cerebral e do impacto do envelhecimento no desempenho profissional, através da avaliação qualitativa das perceções dos cuidadores formais de pessoas adultas com paralisia cerebral - designados por Ajudantes de Ação Direta (AAD's) ou Ajudantes Estabelecimento de Apoio à Pessoa com Deficiência (AEAPD) - e dos órgãos de gestão de topo de duas associações de paralisia cerebral (APC's).

5.1. Metodologia

5.1.1. Instrumentos e técnicas de recolha de dados

A recolha de dados na primeira fase do estudo foi realizada através de entrevistas exploratórias e um grupo focal. As entrevistas exploratórias têm como função ajudar a constituir a problemática da investigação – se, por um lado, a revisão sistemática e as leituras contribuem para o balanço dos conhecimentos relativos ao problema de partida, as entrevistas exploratórias auxiliam a descoberta dos aspetos a ter em conta, alargando e retificando o campo de investigação das leituras (Quivy & Campenhoudt, 1998). O grupo focal teria como objetivo recolher dados através das interações grupais na discussão de um tópico lançado pelo investigador (Morgan, 1997), constituindo um recurso para a compreensão do processo de construção das perceções, atitudes e representações sociais de grupos (Veiga & Gondim, 2001). Pelo carácter exploratório da primeira fase deste trabalho, o grupo focal desenvolvido classifica-se como “exploratório”, uma vez que o seu objetivo consistiu na produção de conteúdos e novas ideias, assim como na identificação das necessidades e expectativas de um grupo específico (Fern, 2001). Todavia, a impercetibilidade da gravação do grupo focal, inviabilizou a transcrição e posterior análise dos dados recolhidos por esta via.

Ainda que esta fase assuma um carácter exploratório, optou-se por utilizar a entrevista semiestruturada, entendida como uma técnica que permite o relacionamento próximo entre o entrevistador e o entrevistado (Freixo, 2010), na qual o investigador dispõe de uma série de perguntas-guias, relativamente abertas (Quivy & Campenhoudt, 1998), orientadas pela literatura científica acerca da temática ou fundamentadas nos pressupostos teóricos do investigador (Flick, 2002). A sua utilização pressupõe a formulação de um roteiro de tópicos relativos ao problema que se vai abordar (Freixo, 2010), sendo caracterizada pela introdução de áreas temáticas e pela formação intencional de perguntas assentes na literatura sobre o assunto (Flick, 2002) e, como tal, entendida como a mais adequada para esta fase do trabalho.

Procedeu-se à elaboração de um guião devidamente adaptado a cada um dos grupos, mas cujos domínios de análise são transversais (Anexo A e B). O guião de entrevista dos AAD's/AEAPD (Anexo B) pretendeu caracterizar as funções, conhecer o percurso profissional do entrevistado, assim como a perceção sobre a atividade profissional (i.e.: qualificações, motivações, dificuldades, impacto no envelhecimento e gestão da carreira) e sobre o papel da organização relativamente a este grupo profissional. Já ao nível da gestão de topo (Anexo A), para além da componente introdutória com vista à caracterização organizacional, o guião pretendeu caracterizar o papel da instituição no desenvolvimento das práticas de GRH em diversos domínios (e.g.: saúde e prevenção da doença, formação e desenvolvimento), assim como a perceção das chefias relativamente ao envelhecimento do grupo profissional dos AAD's/AEAPD.

5.1.2. Procedimentos

No que concerne à seleção das APC's consideraram-se as organizações associadas da Federação das Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral (FAPPC) que desenvolvessem respostas sociais típicas¹⁶, direcionadas para as pessoas adultas com deficiência, nomeadamente Centros de Atividades Ocupacionais (CAO) e Lares Residenciais (LR), na região Norte do país.

Em termos de critérios de inclusão dos AAD's/AEAPD, consideraram-se elegíveis colaboradores com idade igual ou superior a 45 anos¹⁷, que integrassem, pelo menos, um serviço para pessoas adultas com deficiência (CAO ou LR). Relativamente à seleção dos órgãos de gestão de topo, consideraram-se colaboradores, independentemente da idade, cujas funções na organização incluíssem a definição e a implementação das práticas de GRH ou estivessem envolvidos diretamente na gestão da qualidade da organização.

Para a recolha de dados foram estabelecidos contactos telefónicos e eletrónicos com as organizações associadas da FAPPC que cumpriam os critérios supracitados. A partir dos contactos e do interesse manifestado em participar no estudo, procedeu-se à recolha de dados, que decorreram entre os meses de abril e maio de 2017, nos respetivos locais de trabalho dos entrevistados. As entrevistas semiestruturadas e o grupo focal duraram entre 13 a 68 minutos. Todas as entrevistas foram gravadas

¹⁶ Os acordos de cooperação pode assumir duas modalidades: acordo **típico** – que consiste num acordo cuja resposta social a contratualizar obedece a um valor de financiamento padronizado por utente ou família, face à despesa de funcionamento que está associada ao desenvolvimento da resposta social – ou **atípico** – que consiste num acordo cuja resposta social a contratualizar implica, desde que devidamente justificada, uma alteração dos critérios padronizados, designadamente em função das características do território onde a resposta social se encontra implementada, da população a abranger, bem como dos recursos humanos a afetar e dos serviços a prestar (*Portaria n.º 196-A/2015 de 1 de julho*).

¹⁷ Existe um consenso generalizado, tendo em conta os padrões encontrados na literatura mais recente, que apontam para o grupo etário a partir dos 45 anos como sendo a idade a partir da qual os trabalhadores são considerados *mais velhos* (*Australian Institute of Management*, 2013).

em suporte áudio, conforme consentimento de cada participante e transcritas na íntegra para análise posterior.

As entrevistas realizaram-se até se considerar que a recolha de dados se encontraria saturada, isto é, que não surgissem novos códigos a partir da respetiva recolha. Existe evidência para considerar que, em populações homogêneas, seis entrevistas permitem o desenvolvimento de temas significativos (Guest, Bunce & Johnson, 2006).

5.1.3. Participantes

A seleção dos participantes, tal como referido anteriormente, procurou incluir órgãos de gestão de topo das APC's e AAD's/AEAPD, permitindo, deste modo, captar dois pontos de vista – *quem* define as práticas e *quem* usufrui das mesmas – esperando aferir um quadro analítico mais abrangente do fenómeno em estudo. Assim, para composição da amostra, foram entrevistados 8 colaboradores, nomeadamente quatro AAD's da APC1, dois AEAPD da APC2 e dois membros da gestão de topo da APC1 (Tabela 3).

Tabela 3 – Participantes na primeira fase

Código	Género	Idade	Profissão	APC	Participante na qualidade
E1	F	37	Psicóloga	1	Órgão de Gestão de Topo
E2	M	44	Administrativo (Chefe de Secção)	1	Órgão de Gestão de Topo
E3	M	51	AAD	1	AAD's/AEAPD
E4	F	45	AAD	1	AAD's/AEAPD
E5	M	47	AAD	1	AAD's/AEAPD
E6	F	45	AAD	1	AAD's/AEAPD
E7	F	50	AEAPD	2	AAD's/AEAPD
E8	F	51	AEAPD	2	AAD's/AEAPD

Legenda: **E**- entrevista

5.1.3. Análise de dados

Os dados, decorrentes das entrevistas, foram transcritos, na íntegra, e transformados em formato eletrónico, que foram, posteriormente, importados para o programa “WebQDA”, permitindo a sua organização, codificação e posterior análise. Para garantir o anonimato dos participantes, atribuiu-se um código alfanumérico sequencial a cada entrevista (E1, E2...E8).

Para a análise dos dados selecionou-se a estratégia de análise de conteúdo que, nesta fase exploratória, assume uma “função essencialmente heurística, isto é, serve para a descoberta de ideias e de pistas de trabalho” (Quivy & Campenhoudt, 1998, p. 81). Optou-se especificamente pela análise categorial, que consiste no cálculo e comparação das frequências de certas características previamente agrupadas em categorias significativas. Este tipo de análise baseia-se na premissa de que a característica é tanto ou mais frequentemente citada quanto mais importante se configurar para o locutor (Quivy & Campenhoudt, 1998). As categorias e subcategorias, que decorreram da análise de conteúdo, descrevem-se de seguida.

5.2. Resultados

Decorrente da análise dos dados recolhidos através das entrevistas, surgem duas categorias - Atividade Profissional e Práticas de Gestão de Recursos Humanos -, das quais se definiram subcategorias, descritas na Tabela 4.

Tabela 4 - Categorias e subcategorias

Categoria	Subcategoria
Atividade Profissional [Domínios que descrevem a atividade profissional dos ajudantes de ação direta]	Funções [Descreve as funções desempenhadas no exercício profissional dos ajudantes de ação direta]
	Percurso Profissional [Integra as experiências dos entrevistados ao longo da sua carreira]
	Situações desafiantes [Integra as opiniões dos entrevistados relativamente aos desafios percecionados relativamente à atividade profissional dos ajudantes de ação direta]
	Motivação [Identifica os fatores que contribuem para a (des)motivação dos ajudantes de ação direta]
	Capacidade funcional para o trabalho [Descreve a perceção dos entrevistados sobre a capacidade do ajudante de ação direta para realizar o seu trabalho de acordo com as exigências da tarefa, a sua condição de saúde e as suas capacidades físicas e mentais.]
	Impacto no (do) envelhecimento [Descreve as perceções dos entrevistados relativamente ao impacto do (no) processo de envelhecimento no (do) exercício profissional dos ajudantes de ação direta e/ou o impacto deste fenómeno na organização]
	Perspetivas futuras [Integra as opiniões dos colaboradores relativamente ao futuro do seu percurso laboral]
Práticas de GRH [Processos e técnicas de GRH baseados em determinada política de RH]	Recrutamento e seleção [Descreve o processo de recrutamento e seleção da organização e a sua relação com a idade dos candidatos/colaboradores]
	Avaliação de Desempenho [Descreve o funcionamento das ferramentas de medição do desempenho dos indivíduos na organização]
	Qualificação e Desenvolvimento [Descreve as oportunidades de qualificação e desenvolvimento dos colaboradores da organização]
	Práticas de trabalho flexíveis [Inclui as possibilidades de adequação das formas de trabalho às necessidades (pessoais) dos colaboradores]

5.2.1. Atividade profissional

A categoria **Atividade Profissional** conta com um total de 293 referências e é composta por 7 subcategorias, tal como é possível observar na Tabela 5. A informação contida nesta categoria permitiu analisar a atividade profissional dos AAD's/AEAPD no contexto das associações de paralisia cerebral.

Tabela 5 - Referências da categoria "Atividade Profissional"

Categoria	Subcategoria	Referências
Atividade Profissional	Funções	23
	Percurso Profissional	19
	Situações desafiantes	55
	Motivação	29
	Capacidade funcional para o trabalho	43
	Impacto no/do envelhecimento	54
	Perspetivas Futuras	70

No que concerne à subcategoria **Percurso Profissional** dos AAD's/AEAPD, do total de 6 entrevistados, 1 colaborador encontra-se nesta categoria profissional há 26 anos, 4 há cerca de 13 anos (em média) e 1 colaborador há 4 anos. Nenhum dos colaboradores apresenta formação específica para o desenvolvimento das funções, ainda que 2 colaboradores tenham experiência na área da deficiência. Em termos de respostas sociais, todos os colaboradores integram CAO e/ou LR, sendo que a simultaneidade de respostas sociais apenas ocorre na APC2, uma estrutura detentora de uma política organizacional que permite que os AAD's/AEAPD pratiquem um horário fixo e cubra ambas as respostas (e.g.: 7h-9h00 no LR e das 9h-14h no CAO).

As **Funções** prestadas pelos AAD's/AEAPD consistem no apoio direto ao cliente com paralisia cerebral e neurológicas afins, caracterizados pelo elevado grau de dependência, onde se inclui a alimentação, a medicação, a higiene pessoal e o acompanhamento nas atividades - funções que, de acordo com os entrevistados, consistem em *tudo* o que o cliente necessitar (*"Todo o apoio que necessitar... fazemos tudo."* (E4, F, AAD); *"Tudo o que eles precisam eu estou lá para fazer"* (E6, F, AAD)). Os excertos que se seguem ilustram a natureza exigente e grande complexidade das tarefas realizadas. Por exemplo, o entrevistado 1 sublinha tratar-se de *"Clientes com grandes dependências"* (E1, F, Psicóloga). O entrevistado 3, por sua vez, especifica o conteúdo funcional da seguinte forma: *"As minhas funções no apoio direto são desde a alimentação, vigiar o pessoal nas atividades, medicação, por aí fora."* (E3, M, AAD).

As funções destes colaboradores poderão sofrer variações, por um lado, de acordo com o perfil funcional de cada cliente, tal como explicita o entrevistado 3 *"a única diferença é o tipo de cliente"* (E3, M, AAD). Por outro lado, as funções variam de acordo com a resposta social onde o profissional está integrado, dado que as atividades desenvolvidas são distintas. Esta questão é referida pelo entrevistado 3, *"A única diferença de uma valência temporária e um CAO é que não tem aquelas atividades (...) Aqui não funciona como um CAO, não tem aquelas atividades que tem de segunda a sexta, que é o plano de atividades anual."* (E3, M, AAD). Já o entrevistado 4 assume preferência pelo serviço atual, uma vez que *"consegue ser mais ativo, mais mexido, enquanto num CAO é mais parado e eu não me dou muito assim"* (E4, F, AAD).

No que diz respeito à **Motivação**, na generalidade, os AAD's/AEAPD referem, como fator motivador, a relação com o cliente. O entrevistado 6, por exemplo, menciona que *"são mesmo os clientes, para mim"* (E6, F, AAD), tal como o entrevistado 8 *"o que me motiva são eles"* (E8, F, AEAPD). De consenso generalizado surge também o facto de sentirem apreço pelas funções que desempenham, tal como explicitado, a título de exemplo, pelo entrevistado 5 *"é a gente gostar daquilo que faz"* (E5, M,

AAD). Em contraste, o entrevistado 3 apresenta a “*questão salarial*” e a “*organização*” como causas de desmotivação.

A subcategoria **Situações Desafiantes** surge claramente destacada (42,3%), quer pelos órgãos de gestão de topo, quer pelos próprios AAD's/AEAPD, assumindo a particularidade deste grupo profissional no que diz respeito à exigência das funções desempenhadas. Os excertos que se seguem espelham a perceção dos elementos da gestão de topo. Por exemplo, o entrevistado 1 refere que “*estamos a trabalhar com um grupo de risco*” (E1, F, Psicóloga). O entrevistado 2, por sua vez, dá particular enfoque à questão da idade: “*Estes trabalhadores com 40 anos têm, naturalmente, maiores dificuldades*” (E2, M, Administrativo-Chefe de Secção).

De um modo geral, todos os entrevistados referem um cansaço generalizado decorrente da prática profissional ao longo dos anos. Por exemplo, o entrevistado 6 afirma que “*ao fim destes anos todos que trabalho aqui acho que me sinto mais cansada*” (E6, F, AAD), tal como o entrevistado 4: “*chega a um ponto em que nos cansa*” (E4, F, AAD). Consensualmente, são apresentadas como situações desafiantes: (i) a **heterogeneidade do perfil dos clientes**, que implica a adaptação da prestação do apoio, conforme explicado pelo entrevistado 1: “*recebemos clientes com várias patologias (...) às vezes temos situações para os quais não estamos preparados e temos que nos adaptar rapidamente.*” (E3, M, AAD); (ii) o **esforço físico** associado à prestação do apoio, referido, por exemplo, pelo entrevistado 5: “*esforço físico porque fazemos muitas transferências*” (E5, M, AAD); (iii) o **desgaste psicológico**, ilustrado pelo excerto do entrevistado 3 “*a nível psicológico é muito desgastante*” (E3, M, AAD); e (iv) **regime de trabalho**, com horário rotativo, que, de acordo com o entrevistado 3, “*implica muito na saúde*” (E3, M, AAD). De referir ainda, na perspetiva do entrevistado 6, (v) a **comunicação com o cliente** - uma vez que “*para os perceber, às vezes, é um bocado complicado*” (E6, F, AAD) - e (vi) as **questões salariais**, considerando que têm “*um ordenado miserável para aquilo que fazemos*” (*idem*).

No que concerne à **Capacidade Funcional para o Trabalho**, os AAD's/AEAPD referem a presença de lesões musculoesqueléticas decorrente das funções desempenhadas, assim como o aumento da sensação de cansaço (quando comparado com o início desta atividade profissional). A título de exemplo, o excerto do discurso do entrevistado 3 ilustra estas ilações: “*Temos aquilo a que nós chamamos as medalhas de serviço, que são principalmente na coluna, zona lombar e cervical*” E3, M, AAD).

De uma forma geral, os AAD's/AEAPD percecionam que existe um declínio da capacidade funcional para este trabalho com o avançar da idade, com consequente comprometimento ao nível das

funções. Por exemplo, o entrevistado 7 refere que *“não posso fazer aqueles esforços que fazia antes”* (E7, F, AEAPD), assim como o entrevistado 3: *“não posso pegar em pesos”* (E3, M, AAD). Em contraponto, verifica-se que, em alguns casos, a diminuição da capacidade funcional não compromete as funções a desempenhar, tal como ilustrado pelo entrevistado 4, referindo que *“Faço as minhas funções todas sem problema nenhum”* (E4, F, AAD).

Ao nível da gestão de topo, esta reconhece a diminuição progressiva da capacidade destes colaboradores para o desempenho das suas funções, com a notória presença de lesões musculoesqueléticas que limitam a prestação do apoio. Por exemplo, o entrevistado 1 ressalva a existência de *“uma massa de colaboradores que estão a deixar de conseguir exercer as funções para a qual foram contratados”* (E1, F, Psicóloga), enquanto o entrevistado 2 conclui que *“se eles não podem fazer esse esforço físico, a sua capacidade de trabalho, enquanto auxiliares, fica comprometida”* (E2, M, Administrativo-Chefe de Secção).

Neste sentido, e numa lógica preventiva, o entrevistado 1 menciona que existem *“riscos identificados para cada perfil profissional”* (E1, F, Psicóloga) e que, muito recentemente, foram acrescentados *“a esses riscos o que poderemos fazer para os diminuir.”* (idem). Caso os AAD's/AEAPD não estejam elegíveis para o desempenho das funções, *“há que arranjar alternativas para estes trabalhadores”* (E2, M, Administrativo-Chefe de Secção), através da sua requalificação ou recolocação num setor diferente - como, por exemplo, administrativo.

A subcategoria **Impacto no/do envelhecimento** surge em destaque, onde o envelhecimento dos AAD's/AEAPD é entendido como um dos *“grandes problemas”* (E1, F, Psicóloga) da organização. Na perspetiva dos órgãos de gestão, o envelhecimento desta classe profissional tem um impacto positivo na organização – uma vez que se relaciona com maior experiência profissional e *“sabedoria”* (E1, F, Psicóloga) - e um impacto negativo, na medida em que se denota a presença progressiva de *“doenças profissionais”* (idem), *“maior dificuldade”* (E2, M, Administrativo-Chefe de Secção) no desempenho das funções e, consequentemente, *“maior necessidade de apoio”* (E1, F, Psicóloga).

Sob a perspetiva dos próprios colaboradores, os mesmos entendem que *“é uma profissão desgastante”* (E3, M, AAD) e, como tal, com um **impacto negativo no seu envelhecimento**, ressaltando a presença progressiva de lesões musculoesqueléticas, a incapacidade para o trabalho e o desgaste psicológico percecionados. Os excertos que se seguem ilustram estas perceções - por exemplo, o entrevistado 5 refere que *“Há alguns anos que tive uma hérnia e agora não posso fazer o esforço que*

fazia antigamente” (E5, M, AAD); o entrevistado 7, por sua vez, indica que “antes era raro o dia em que tinha uma dor de costas e ultimamente tenho” (E7, F, AEAPD).

Por outro lado, os entrevistados nomeiam o **impacto positivo** do mesmo, uma vez que está também relacionado com a experiência profissional adquirida ao longo dos anos - *“temos outro tipo de bagagem” (E4, F, AAD)* -, com a manutenção da energia - tal como referido, por exemplo, pelo entrevistado 7 que diz estar *“cheia de força, ainda posso mais do que os jovens” (E7, F, AEAPD)* - e por fim, com o crescimento pessoal, ilustrado pelo excerto do entrevistado 6: *“eu considero que sou uma pessoa melhor” (E6, F, AAD).*

Por fim, relativamente às **Perspetivas Futuras**, os AAD's/AEAPD percecionam uma gradual incapacidade para o exercício das funções, considerações refletidas, por exemplo, pelo entrevistado 6 que considera que *“mais tarde vou sofrer ainda mais do que o que sofro” (E6, F, AAD)*, tal como o entrevistado 7 que *“com 60 anos já não terei a mesma força.” (E7, F, AEAPD).*

Perante este cenário, os entrevistados equacionam a possibilidade de adaptação do posto de trabalho (diminuir o nível de esforço), requalificação ou recolocação na organização ou reforma antecipada, transferindo a responsabilidade, relativamente a esta matéria, para os órgãos de chefia. Estes, por sua vez, reconhecem a necessidade *“de uma forma preventiva, era muito importante (...) olhar para os recursos humanos com muito cuidado” (E1, F, Psicóloga)*, entendendo como fundamental a definição de um plano de carreira.

5.2.2. Práticas de Gestão de Recursos Humanos

A categoria **Práticas de Gestão de Recursos Humanos** integra um total de 89 referências e é descrita através de 4 subcategorias, como é possível observar na Tabela 6. A informação contida nesta categoria permite conhecer as opiniões sobre as práticas de gestão de recursos humanos - especificamente dirigidas aos AAD's/AEAPD - no contexto das associações de paralisia cerebral.

Tabela 6 - Referências da categoria "Práticas de Gestão de Recursos Humanos"

Categoria	Subcategoria	Referências
Práticas de Gestão de Recursos Humanos	Recrutamento e seleção	11
	Avaliação de Desempenho	27
	Qualificação e desenvolvimento	40
	Práticas de trabalho flexíveis	11

Na subcategoria referente ao processo de **Recrutamento e Seleção**, entende-se que a idade não é um fator exclusivo a ser considerado, sendo valorizadas as características antropométricas, a condição de saúde do candidato e as expectativas para o desempenho das funções. O entrevistado 1 explica que *“a questão é que prestar apoio a adultos com deficiência tem uma série de pré-requisitos que são muito importantes e que a pessoa deve estar alerta para eles.”* (E1, F, Psicóloga). Desta forma, é reconhecida a importância de considerar estes fatores de risco aquando do momento de recrutamento, de modo a evitar a possível perda das capacidades do candidato pelas funções que poderá vir a desempenhar.

Os AAD's/AEAPD reconhecem a existência da **Avaliação de Desempenho** (AD), estando esta relacionada com (i) o trabalho direto com os clientes, (ii) as atitudes do colaborador, (iii) o desempenho nas responsabilidades individuais e coletivas e (iv) a qualificação dentro da organização. Da parte da gestão, a AD é entendida como uma ferramenta para gerir o percurso laboral deste grupo profissional, onde, em conjunto com o colaborador, se definem ações de acordo com a sua idade, função e estrutura musculoesquelética. Permite, também, gerir as competências de cada colaborador, antecipando necessidades de (re)qualificação, assim como medir a sua produtividade, contribuindo para a melhoria do mesmo na organização. Neste sentido, o entrevistado 2 refere que *“um dos objetivos da avaliação do desempenho do trabalhador será esse mesmo: chegando ao fim de um período de avaliação e ficarem definidos procedimentos, ações, para se poder melhorar o desempenho desse mesmo trabalhador.”* (E2, M, Administrativo-Chefe de Secção).

O Plano Individual do colaborador decorre da AD, sendo um complemento da ação da organização face ao envelhecimento deste grupo profissional - *“a questão do envelhecimento pode e*

deve ser aí também considerada.” (E2, M, Administrativo-Chefe de Secção) - e onde o principal ator é o colaborador, assumindo um papel ativo na definição do seu percurso laboral dentro (e fora) da organização. Desta forma, e no entendimento do entrevistado 1, “geríamos as pessoas que aqui estão, no sentido de: de onde é que ela vem, há quanto tempo é que ela está connosco, onde é que ela está neste momento e para onde é que ela quer ir” (E1, F, Psicóloga).

A **Qualificação e Desenvolvimento** inclui o investimento, por parte da organização, ao nível da formação (interna e externa; pontual e contínua), do apoio técnico para a prestação do apoio (e.g.: elevadores de transferência; fisioterapeuta no posto de trabalho) e de programas de bem-estar (e.g.: Yoga e Biodança). Especificamente ao nível da formação, reconhece-se a sua importância, *“porque permite adquirir novos conhecimentos, melhorar as suas competências e consiga dar importância a esta área (E2, M, Administrativo-Chefe de Secção).* Neste domínio, importa referir que o *“investimento em ações de formação, ao nível de ergonomia, ao nível de dizer aos auxiliares como transferir um utente” (idem),* são uma prática capaz de contribuir diretamente para o desenvolvimento do colaborador, dando a oportunidade do mesmo se qualificar nas áreas de interesse, ficando progressivamente melhor capacitado para o desenvolvimento das funções (atuais ou futuras).

No que concerne às **Práticas de Trabalho Flexíveis**, quer os AAD's/AEAPD, quer os órgãos de gestão, apenas nomeiam o horário flexível (i.e.: dispensa ou troca de horário). O entrevistado 2 sublinha que *“quanto à questão da flexibilidade de horário, sei que há alguns trabalhadores que a têm e que lhes foi concedida, até porque alguns moram longe do seu local de trabalho e é-lhes concedida essa flexibilidade de horário.” (E2, M, Administrativo-Chefe de Secção).*

5.3. Discussão

Os resultados do primeiro estudo sugerem, em primeira estância, que o grupo profissional dos AAD's/AEAPD está suscetível ao desgaste físico e psicológico decorrente do exercício das suas funções. Uma evidência apenas estudada com os cuidadores formais de pessoas idosas, que pode, no entanto, ser um contributo igualmente relevante para esta investigação, uma vez que se trata da mesma categoria profissional (i.e.: AAD's). São diversos os estudos que evidenciam o cansaço físico e psicológico percecionado por este grupo profissional (Bartoldus, Gillery & Sturges, 1989; Brulin *et al.*, 1998; Brulin, Winkvist & Langendoen, 2000; Campos, 2014; Pinto, 2012), entendido como um foco da intervenção ao nível da gestão (Bartoldus *et al.*, 1989; Brulin *et al.*, 2000), quer pelo impacto na satisfação profissional (Pereira *et al.*, 2014), quer pelo comprometimento do cuidado prestado (Brulin *et al.*, 1998;

Pereira *et al.*, 2014). Concretamente ao nível do estado psicológico, Campos (2014) defende que o mesmo é afetado negativamente pelas perturbações do sono decorrentes do trabalho por turnos, evidências verificadas pela análise dos dados recolhidos (i.e.: trabalhos por turnos e perturbações do sono categorizadas como “Situações Desafiantes”). O cansaço físico e psicológico decorrente das funções desempenhadas afiguram-se como domínios de intervenção fundamentais ao nível da gestão, fundamentalmente pela satisfação profissional (Castanheira, 2013; Pereira *et al.*, 2014). Neste sentido, a literatura atual sugere a implementação de ações (in)formativas que incorporem temáticas como stress e mecanismos de *coping*¹⁸, podendo contribuir para a prevenção do desgaste emocional e do cansaço físico (Ferreira, 2013; Pereira *et al.*, 2014). Pinto (2012) acresce a necessidade de aumentar o número de colaboradores afetos à realização das tarefas (particularmente na prestação de apoio direto) e a possibilidade de aumentar o número de pausas durante o turno. Deste modo, torna-se pertinente, por um lado, perceber se estas medidas – sinalizadas na literatura – são implementadas no contexto das APC's e, por outro lado, compreender os potenciais constrangimentos da sua aplicabilidade neste contexto, nomeadamente pela falta de conhecimento ao nível da GRH e/ou pelos constrangimentos financeiros destas instituições.

Adicionalmente, verifica-se que a gestão de topo entende o envelhecimento deste grupo profissional como um problema para a organização, denotando-se, progressivamente, o comprometimento da capacidade funcional (CF) e o aumento de doenças profissionais. Efetivamente, o envelhecimento da força laboral constitui, cada vez mais, um desafio (Armstrong-Stassen & Schlosser, 2008), exigindo das organizações uma resposta efetiva para minimizar as consequências negativas deste processo e otimizar as capacidades individuais de cada colaborador (Ilmarinen, 2012). Quanto à CF para o trabalho, Ilmarinen (2012) defende que esta diminui com a idade, dadas as modificações nos sistemas do corpo humano, decorrentes do processo de envelhecimento, podendo comprometer a sua resposta às exigências do trabalho (WHO, 1993). Monteiro, Ilmarinen e Filho (2006) acrescentam o baixo nível de escolaridade e a duração da carreira como fatores de comprometimento. Assim, os resultados obtidos reforçam a necessidade de implementar medidas para promoção da CF, particularmente em empregos com elevada exigência física (Berg, Elders, Zwart & Burdorf, 2009; Ilmarinen, Tuomi & Klockars, 1997), como é o caso do grupo profissional de cuidadores formais estudado.

Quanto às autoperceções deste grupo profissional, verifica-se uma dualidade ao nível do impacto da atividade profissional no processo de envelhecimento, dado que são identificados aspetos positivos e

¹⁸ Ação física ou mental intencional, iniciada em resposta a um stressor percebido, que é direcionada para as circunstâncias externas ou um estado interno. Qualquer reação emocional ou comportamental espontânea ao stress, ao invés de uma tentativa deliberada de lidar, é referida não como uma estratégia de *coping* mas como uma resposta ao stress (Lazarus & Folkman, 1984).

negativos. A literatura corrobora os resultados, demonstrando que o envelhecimento está associado, por um lado, à diminuição da CF e física, particularmente nos empregos com elevada exigência a este nível, assim como ao aumento das doenças musculoesqueléticas (Ilmarinen, 2012). Por outro lado, este processo associa-se positivamente ao crescimento mental (onde se inclui, por exemplo, a sabedoria) e a melhoria da experiência profissional.

Face às problemáticas identificadas, torna-se pertinente analisar como a organização tem desenvolvido as práticas de GRH, à luz do modelo de gestão da idade, nomeadamente: recrutamento e seleção; ergonomia e perfil de funções; formação e desenvolvimento; e práticas de trabalho flexíveis (Walker, 2005). Ao nível do recrutamento e seleção, sugere-se que a idade não é um fator exclusivo a ser considerado, mas sim incluído num conjunto de pré-requisitos (antropometria e condições de saúde) a avaliar no momento inicial. Uma constatação defendida por Ilmarinen (2012) que valoriza as capacidades, competências, experiências e necessidades específicas dos indivíduos. Na mesma linha de pensamento, Walker (2005) considera como boas práticas quanto ao recrutamento e seleção igualar as oportunidades de acesso dos colaboradores, independentemente da sua idade, enfatizando a exclusão do fator “idade”. Aliás, Crawford, Graveling, Cowie e Dixon (2010) nomeiam as mudanças nas capacidades físicas e mentais com possível impacto no desempenho profissional (e.g.: diminuição da capacidade aeróbica, aumento do Índice Massa Corporal e de desordens musculoesqueléticas).

A análise sugere que a AD constitui uma ferramenta na GRH capaz de gerir o percurso laboral do (e com) o colaborador. Entende-se, ainda, que a AD é uma prática que induz a proximidade entre o grupo profissional em estudo e respetivas chefias, onde as questões do envelhecimento poderão (e deverão) ser cuidadas. Neste sentido, a AD contribui para o diagnóstico das organizações, possibilitando a adequação contínua do desempenho dos colaboradores e o surgimento de novas estratégias por parte de todos os intervenientes (Alves, 2016). Assim, a procura de mecanismos para identificação das capacidades e debilidades de cada colaborador constitui um desafio para as organizações, sendo fundamental para rentabilizar os talentos dos diferentes grupos profissionais e minimizar as consequências negativas decorrentes das funções desempenhadas (Ng & Feldman, 2008).

Adicionalmente, a promoção da saúde e bem-estar nas organizações está intimamente relacionada com a construção de um *age-friendly workplace*, tendo implícito um grau de reflexão ao nível da própria cultura organizacional (Appannah & Biggs, 2015, p. 38). Trata-se de uma dimensão com impacto na redução dos riscos em saúde e, consequentemente, no aumento da produtividade, na qual se integram, segundo com os trabalhadores mais velhos, práticas como a vigilância do estado de saúde, de consciencialização sobre a saúde e aconselhamento em saúde (Crawford *et al.*, 2010). São ainda

associados fatores como um ambiente laboral positivo, desenvolvimento de competências através de formação contínua (Armstrong-Stassen & Schlosser, 2008; Crawford *et al.*, 2010), o horário flexível e a adaptação do posto de trabalho de acordo com a condição e idade (Appannah & Biggs, 2015).

Os resultados do presente estudo corroboram os autores mencionados, verificando-se a existência de investimento na formação para o desenvolvimento e qualificação destes profissionais que, segundo Armstrong-Stassen e Schlosser (2008), contribuem para o aumento do empenhamento organizacional e da intenção de permanecer na mesma. Assim como a providência de apoio técnico no trabalho, por parte da organização, que possibilita a utilização de ajudas técnicas (e.g.: elevador de transferência) e o aconselhamento em saúde por parte de um fisioterapeuta. Por fim, confirma-se o investimento em programas de bem-estar, através da realização de aulas, em regime pós-laboral, de várias modalidades desportivas.

Relativamente às práticas de conciliação, evidencia-se o horário flexível. A Eurofound (2006) define, para além desta medida, a redução do horário para responsabilidades pessoais (e.g.: cuidar dos filhos ou dos pais), reforma gradual, regimes de trabalho rotativos, entre outros. De facto, Teixeira e Nascimento (2011) apontam uma real preocupação, por parte das organizações, em proporcionar condições laborais para conciliar a vida profissional e familiar, pois reconhecem o seu impacto na produtividade e no bem-estar dos colaboradores. De forma complementar, Nogueira (2014) evidencia que a flexibilidade de horários – assim como a bolsa de horas – constituem dois dos aspetos mais referidos como satisfatórios para os colaboradores, por permitirem a conciliação entre a vida familiar e laboral. Deste modo, as práticas de conciliação familiar e laboral poderão constituir um meio para reter os trabalhadores mais velhos nas organizações sem fins-lucrativos, com impacto na satisfação (Nogueira, 2014) e na produtividade e bem-estar dos colaboradores (Teixeira & Nascimento, 2011).

Capítulo VI

2ª FASE DO ESTUDO: OS INQUÉRITOS POR QUESTIONÁRIO

A segunda fase do presente estudo consistiu na aplicação de inquéritos por questionário aos órgãos de gestão de topo e aos cuidadores formais de adultos com paralisia cerebral com 45 ou mais anos, sendo os questionários construídos a partir da fase precedente. A recolha de dados permitiu delinear objetivos específicos de acordo com o público-alvo inquirido. Desta forma, a aplicação dos inquéritos por questionário aos gestores procurou captar tendências no que concerne às perceções da gestão de topo, por um lado, sobre as práticas de gestão de recursos humanos no contexto das APC's e, por outro lado, sobre o impacto da atividade profissional em AAD's/AEAPD com idade igual ou superior a 45 anos. Já a aplicação dos inquéritos por questionário aos AAD's/AEAPD procurou compreender as perceções destes últimos sobre o impacto da sua atividade profissional no contexto das APC's.

6.2. Metodologia

6.2.1. Contexto: as associações de paralisia cerebral

Dez associações de paralisia cerebral (APC's), dum universo potencial de 11, cumpriram o critério de inclusão de, pelo menos, dois elementos de gestão de topo de cada organização responderem ao questionário, na qualidade de dirigentes, diretores técnicos ou de serviços, e/ou coordenadores das respostas sociais de CAO e LR.

Atendendo à distribuição geográfica do universo potencial, verifica-se que participaram quatro APC's da região Norte (100% do total da região), uma APC da região Centro (metade do total da região), duas organizações da região do Alentejo (100% do total da região), uma APC da área metropolitana de Lisboa (total da região), uma instituição da região do Algarve (100% do total da região) e uma pertencente à Região Autónoma da Madeira (100% do total da região).

O tempo médio de funcionamento das instituições participantes é de 32 anos e sete meses, sendo que a maioria (n=9; 90%) funciona há mais de 25 anos. As atividades desenvolvidas pelas APC's são diversificadas em vários domínios. A partir das dez associações que compõem a amostra, registam-se sete atividades distintas, verificando-se que a resposta social de maior referência é o CAO (n=10), seguindo-se o LR (n=9), dirigidas aos jovens e adultos com deficiência.

No que concerne à dimensão das associações, considerou-se o critério definido pelo Código do Trabalho (*Decreto-Lei n.º 7/2009 de 12 de fevereiro, 2009*). Assim, duas APC's têm um quadro de pessoal inferior a 50 colaboradores (i.e.: pequenas empresas), sete organizações empregam entre 50 e menos de 250 colaboradores (i.e.: média empresa) e uma APC emprega 250 ou mais colaboradores (i.e.: grande empresa).

No que concerne à capacidade total das respostas sociais destas associações, a mesma é de 808 clientes para CAO e 352 clientes para LR, tendo-se calculado em cerca de 500 AAD's/AEAPD como sendo a massa trabalhadora. Destes, através dos dados fornecidos pelas instituições, foram referenciados 141 AAD's/AEAPD com idade igual ou superior a 45 anos.

No que concerne à gestão dos recursos humanos, esta afigura-se como uma responsabilidade, maioritariamente, das direções técnicas – que assumem o papel de gestão diária – e das direções das associações – cuja responsabilidade recai nas decisões mais formais. A figura de *Diretor de Recursos Humanos* é referenciada em duas APC's.

6.2.2. Participantes

Para a seleção das APC's consideraram-se as organizações associadas da FAPPC que desenvolvessem respostas sociais típicas, direcionadas para as pessoas adultas com deficiência, nomeadamente CAO e LR, a nível nacional. Em termos de critérios de inclusão dos AAD's/AEAPD e dos órgãos de gestão de topo, consideraram-se os critérios da primeira fase.

Para a recolha de dados foram estabelecidos contactos telefónicos e eletrónicos com as organizações do universo de estudo, tendo como objetivo aferir o número de participantes elegíveis para o integrar, procedendo-se ao envio dos questionários, através do serviço de correio, para cada instituição.

A amostra desta segunda fase foi constituída a partir do universo das 18 associadas da FAPPC. Destas, 11 desenvolvem serviços para pessoas adultas com deficiência, pelo que todas foram contactadas com o objetivo de proporcionar dados através dos seus colaboradores. Dez APC's concordaram em participar¹⁹, representando um total de 178 inquéritos por questionário enviados. As instituições remeteram os questionários preenchidos através do correio, perfazendo um total de 131 questionários rececionados (Gestão de Topo= 30; AAD's/AEAPD= 99). Dado que alguns questionários não corresponderam aos critérios de inclusão (nomeadamente a idade e a categoria profissional), não foram integrados na análise. Assim, foram incluídos 116 questionários (Gestão de Topo= 30; AAD's/AEAPD= 86).

¹⁹ Apenas uma APC não integrou este estudo, evocando ausência de capacidade interna para dar resposta às inúmeras solicitações para participar em investigações científicas.

6.1.3. Instrumentos e técnicas de recolha de dados

A recolha de dados, nesta segunda fase, realizou-se através de inquéritos por questionário, que se trata de uma técnica de recolha de dados que consiste na colocação, a um conjunto de inquiridos, geralmente representativo de uma população, de uma série de perguntas relativas às suas perceções sobre determinada temática (Quivy & Campenhoudt, 1998). É utilizada quando se procura “o conhecimento de uma população enquanto tal” e “a análise de um fenómeno social que se julga poder apreender melhor a partir de informações relativas aos indivíduos da população” em estudo (Quivy & Campenhoudt, 1998, p. 188). Desta forma, e atendendo à natureza do estudo e ao tipo de informação que se pretendia obter, considerou-se que o inquérito por questionário constituiria a estratégia mais adequada para esta fase do trabalho.

Ambos os questionários contém perguntas abertas e perguntas fechadas, uma vez que se pretendia obter informação qualitativa para complementar e contextualizar a informação quantitativa obtida pelas outras variáveis (e.g.: *tem alguma formação especializada para o atual exercício das funções de AAD? Se sim, indique qual*) (Hill & Hill, 2000). Os questionários utilizados nesta fase (Anexo C e D) resultam da revisão da literatura e da análise de conteúdo realizado no contexto das entrevistas da primeira fase.

6.1.3.1. Inquérito por questionário – Gestão de Topo

O inquérito por questionário para os órgãos de Gestão de Topo desenvolve-se ao longo de quatro secções (Anexo C). A secção I, denominada “Caracterização do Inquirido”, inclui as informações de natureza sociodemográficas, tendo como principal objetivo caracterizar o perfil do participante quanto ao sexo, idade e nível de escolaridade. Esta secção inclui ainda a situação profissional do participante, solicitando informações sobre a função desempenhada, o número de anos exercidos na atual função e a antiguidade na organização empregadora.

A secção II, intitulada “Caracterização da organização”, inclui as variáveis organizacionais, nomeadamente o tempo de funcionamento, o tipo de respostas sociais que desenvolve, a dimensão da organização (total de colaboradores e, especificamente, de AAD’s/AEAPD) e responsabilidade ao nível da gestão de recursos humanos.

A secção III é denominada “Recrutamento e seleção dos AAD’s/AEAPD, e inquire sobre o(s) tipo(s) de recrutamento e os métodos de seleção (Sousa, Gomes, Sanches & Duarte, 2006), assim como sobre os pré-requisitos utilizados pela instituição. Ao nível dos pré-requisitos, são considerados (i) o limite

de idade; (ii) os dados antropométricos; (iii) as condições de saúde; (iv) o consumo de substâncias; (v) o nível de escolaridade e (v) qualificação específica. Os itens foram avaliados através de escalas nominais.

Por último, a secção IV, intitulada “Práticas de GRH”, é constituída por três grupos de questões: o primeiro pretendeu conhecer a perceção dos inquiridos sobre a frequência em que se verificam algumas situações na prática profissional dos AAD's/AEAPD; o segundo objetivou identificar as ações implementadas pela organização durante o último ano; e o terceiro compreender a importância atribuída a cada uma das ações identificadas, enquanto facilitadoras na realização das atividades dos AAD's/AEAPD e na obtenção de resultados individuais.

Para avaliar a perceção dos gestores sobre a frequência de determinadas situações na prática profissional apresentaram-se onze itens: maior esforço na conciliação/gestão familiar e laboral; menor participação em atividades sociais (T. I. J. van den Berg et al., 2009); queixas subjetivas na redução do bem-estar; risco acrescido no desenvolvimento de doenças como consequências das funções desempenhadas; fadiga/ desgaste emocional; perturbações do sono (Eurofound, 2012); desgaste físico; menor envolvimento no desempenho das funções; limitação física para o desenvolvimento das funções (Eurofound, 2012); falta de formação específica para o desempenho das funções; absentismo (i.e.: faltar ao trabalho). Os itens foram avaliados numa escala de Likert de quatro pontos, variando entre “Nunca” e “Muito Frequentemente”.

Para a identificação das ações implementadas pela organização durante o último ano, apresentaram-se quinze itens: rotatividade entre serviços; mentoria; avaliação de desempenho (Armstrong-Stassen, 2008; Pinto *et al.*, 2015); plano individual do colaborador (Armstrong-Stassen, 2008); desenvolvimento de ações de formação (Armstrong-Stassen, 2008; Pinto *et al.*, 2015); levantamento das necessidades de qualificação/formação; investimento em ajudas técnicas (T. I. J. van den Berg et al., 2009); desenvolvimento de programas de bem-estar (Berg et al., 2009; Crawford et al., 2010); avaliação da capacidade funcional para o trabalho (Berg et al., 2009); programas de transição para a reforma; organização do horário incluindo trabalho noturno fixo; organização do horário incluindo trabalho por turnos; flexibilidade de horários (Armstrong-Stassen, 2008); práticas de conciliação pessoal e familiar (Armstrong-Stassen, 2008); e requalificação (Armstrong-Stassen, 2008). Os itens foram avaliados numa escala nominal (“Sim” e “Não”).

Quanto à compreensão da importância atribuída a cada uma das ações, estas foram avaliadas através de uma escala de Likert de quatro pontos, variando entre “Nada Importante” e “Muito Importante”.

6.1.3.2. Inquérito por questionário – AAD's/AEAPD

O questionário dirigido aos AAD's/AEAPD desenvolveu-se em duas secções (Anexo D). Na secção 1, intitulada “Caracterização do Inquirido”, foram incluídas informações de natureza sociodemográfica, nomeadamente quanto ao género, a idade, o estado civil, o número de filhos e o nível de escolaridade. Inclui também informações relativas à situação profissional, à formação especializada, percurso profissional, antiguidade na organização e na atual função, regime de trabalho, resposta social onde está integrado/a e, por fim, se sofre ou já sofreu alguma lesão ou doença por motivos profissionais. Os itens foram aferidos através de escalas nominais.

A secção II, designada “Práticas de GRH”, incluiu três grupos de questões: o primeiro pretendeu conhecer a perceção dos inquiridos sobre algumas situações na sua prática profissional; o segundo e o terceiro grupo de questões aferiu acerca das perceções dos AAD's/AEAPD sobre as práticas de GRH – por um lado, foi questionado o conhecimento que têm sobre as ações adotadas no último ano; por outro lado, grau de importância atribuído a cada medida enquanto facilitadora na realização das suas atividades e na obtenção de resultados individuais. As medidas consideradas são análogas às que integraram o questionário direccionado à Gestão de Topo. Para avaliar a perceção dos indivíduos sobre determinadas situações na sua prática profissional apresentaram-se os onze itens que integraram o questionário direccionado à Gestão de Topo, com a particularidade da colocação das frases na primeira pessoa do singular (e.g.: “*Maior esforço na conciliação/gestão familiar e laboral*” reformulado para “*Tenho que fazer um grande esforço na conciliação/gestão familiar e laboral*”). Os itens foram avaliados através de uma escala de Likert de cinco pontos, variando entre “Discordo Totalmente” e “Concordo Totalmente”.

6.1.4. Análise de dados

Os dados recolhidos nesta fase, tendo em conta o seu carácter quantitativo, foram organizados de forma a proceder ao seu tratamento estatístico e descritivo, através da folha de cálculo do *Microsoft Office Excel* 2016 e do programa estatístico informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 23.0 para Windows.

Recorreu-se à utilização de técnicas de estatística descritiva com o intuito de descrever as características das variáveis, assim como resumir a relação entre algumas variáveis. Desta forma, foi possível aferir as características do universo de associações que participaram no estudo, assim como de AAD's/AEAPD e órgãos de Gestão de Topo. Posteriormente, apresentaram-se os resultados obtidos (em percentagem) sobre o impacto percebido da atividade profissional dos AAD's/AEAPD e as práticas de

GRH das APC's, nomeadamente ao nível do conhecimento das práticas de GRH adotadas pela organização e respetivo grau de importância atribuído.

6.2. Inquérito por questionário aos gestores

A aplicação dos inquéritos por questionário aos gestores visou a descrição das suas perceções acerca do impacto da atividade profissional dos cuidadores formais de pessoas adultas com paralisia cerebral, assim como a identificação das práticas de GRH adotadas durante o último ano.

6.2.1. Resultados

A amostra é constituída por 30 participantes pertencentes aos órgãos de gestão de topo de dez APC's, nomeadamente à direção (n=8; 26,7%), direção de serviços (n=2; 6,7%), direção técnica (n=6; 20,0%), coordenação de serviços (n=9; 30,0%) e GRH (n=1; 3,3%). Dos participantes, dois (6,7%) exercem, cumulativamente, funções de direção técnica e GRH, um (3,3%) pertence à direção e direção técnica da instituição e um (3,3%) exerce funções na gestão da qualidade.

No que concerne à composição da amostra em termos de género, predomina o sexo feminino (n=24; 80,0%). A idade média dos participantes é de 43 anos e dois meses (desvio padrão de 9,4). A idade está positivamente associada à antiguidade na instituição ($r_s = 0,493$; $p < 0,01$; $n = 27$)²⁰.

Tabela 7 - Variáveis sociodemográficas dos órgãos diretivos

Variáveis sociodemográficas		n (%)
Sexo	Feminino	24 (80)
	Masculino	6 (20)
Idade	26 - 35 anos	6 (20)
	36 - 45 anos	13 (43)
	46 - 55 anos	3 (10)
	56 - 65 anos	2 (7)
	+ 66 anos	3 (10)
	Não respondeu	3 (10)
Habilitações Literárias	Ensino Secundário	2 (7)
	Licenciatura	13 (43)
	Formação pós-graduada	15 (50)

No domínio das habilitações literárias, 15 (50%) participantes possuem formação pós-graduada, 13 (43,3%) têm o grau de licenciatura e dois (6,7%) possuem o ensino secundário, sendo que estes

²⁰ Ver Anexo E.

últimos pertencem à Direção e encontram-se na organização em regime de voluntariado. Relativamente à experiência profissional, a maioria dos participantes trabalha no atual cargo (n=13; 43,3%) e organização (n=17; 56,7%) há mais de seis anos e há menos de 15 anos, respetivamente. A Tabela 7 apresenta as variáveis sociodemográficas.

A maioria dos participantes (n=23; 76,7%) está vinculado à organização através de um contrato sem termo, quatro (13%) colaboram em regime de voluntariado e dois (7%) estão vinculados por prestação de serviços. Um participante não especificou o vínculo com a organização. As variáveis profissionais estão explanadas na Tabela 8.

Tabela 8 - Variáveis profissionais dos órgãos diretivos

Variáveis profissionais	n (%)
Antiguidade na função	
≤ 05 anos	12 (40)
06 – 15 anos	13 (43)
16 – 25 anos	4 (13)
26 – 35 anos	0 (0)
+ 35 anos	0 (0)
Não respondeu	1 (3)
Antiguidade na organização	
≤ 05 anos	5 (17)
06 – 15 anos	17 (57)
16 – 25 anos	6 (20)
26 – 35 anos	2 (7)
Vínculo à organização	
Efetivo	23 (77)
Voluntário	4 (13)
Prestação de serviços	2 (7)
Outro	1 (3)
Cargo que ocupa	
Direção	8 (27)
Direção Técnica (DT)	6 (20)
Gestor de Recursos Humanos	1 (3)
Coordenador	9 (30)
Direção de Serviços	2 (7)
Gestão da Qualidade	2 (7)
DT e Gestor de Recursos Humanos	1 (3)
Direção e DT	1 (3)

6.2.1.1. Perceção dos gestores sobre a atividade profissional dos AAD's/AEAPD

Os itens a seguir explanados descrevem a perceção dos membros dos órgãos dirigentes relativamente à frequência de determinadas situações na prática profissional dos AAD's/AEAPD (Tabela 9). São apresentadas as percentagens de resposta em cada um dos itens, e as correlações estatisticamente significativas com as variáveis sociodemográficas e profissionais. O Anexo E apresenta as correlações em detalhe.

Tabela 9 - Percepção dos órgãos diretivos sobre a atividade profissional dos AAD's/AEAPD

Percepção da atividade profissional	Nunca n(%)	Raramente n(%)	Frequentemente n(%)	Muito Frequentemente n(%)	Não respondeu n(%)
Maior esforço na conciliação/gestão familiar e laboral	0 (0)	19 (63)	9 (30)	1 (3)	1 (4)
Menor participação em atividades sociais	3 (10)	19 (63)	4 (13)	2 (7)	2 (8)
Queixas subjetivas na redução do bem-estar	3 (10)	11 (37)	15 (50)	0 (0)	1 (4)
Risco acrescido no desenvolvimento de doenças como consequências das funções desempenhadas	2 (7)	8 (27)	16 (53)	3 (10)	1 (4)
Fadiga/ desgaste emocional	0 (0)	5 (17)	20 (67)	4 (13)	1 (4)
Perturbações do sono	2 (7)	21 (70)	4 (13)	1 (3)	2 (8)
Desgaste físico	0 (0)	9 (30)	15 (50)	5 (17)	1 (4)
Menor envolvimento no desempenho das funções	2 (7)	10 (33)	15 (50)	2 (7)	1 (4)
Limitação física para o desenvolvimento das funções	0 (0)	12 (40)	16 (53)	1 (3)	1 (4)
Falta de formação específica para o desempenho das funções	10 (33)	13 (43)	4 (13)	2 (7)	1 (4)
Absentismo (i.e.: faltar ao trabalho)	1 (3)	21 (70)	6 (20)	1 (3)	1 (4)

No domínio da **conciliação familiar e laboral**, 63,3% (n=19) dos órgãos de gestão de topo assinalaram a opção “Raramente” para a afirmação “*Maior esforço na conciliação familiar e laboral*”. A análise de correlações evidencia que as mulheres em cargos de gestão ($r_s = 0,368$; $p < 0,05$; n= 29), mais novas ($r_s = -0,453$; $p < 0,05$; n= 26) e que têm menos tempo de serviço na instituição ($r_s = -0,432$; $p < 0,05$; n= 29) entendem que a atividade profissional dos AAD's/AEAPD requer maior esforço na conciliação entre trabalho e família.

No que concerne à **participação em atividades sociais**, a maioria dos dirigentes (n= 19; 63,3%) assinalou a opção “Raramente” face à afirmação “*Menor participação em atividades sociais*”. No domínio da **saúde**, e no que concerne às queixas subjetivas na redução do bem-estar, os resultados indicam que metade dos participantes consideram esta uma situação frequente, sendo esta percepção associada aos órgãos diretivos com maior qualificação ($r_s = 0,378$; $p < 0,05$; n= 29).

Especificamente no domínio da saúde física, 66,7% (n=20) dos dirigentes consideram ser frequente ou muito frequente o desgaste físico dos AAD's/AEAPD. Mais de metade dos participantes ao nível da gestão de topo (n=16; 53,3%) considera que os trabalhadores de apoio direto apresentam, com frequência, limitação física para o desenvolvimento das funções, sendo esta consideração manifestada, sobretudo, pelos gestores do sexo feminino ($r_s = 0,431$; $p < 0,05$; n= 29).

Ainda no domínio da saúde, 63,3% (n=19) dos dirigentes consideram que estes profissionais têm um risco acrescido no desenvolvimento de doenças em consequência da prática profissional, considerando as percentagens de resposta “Frequentemente” e “Muito Frequentemente”. A análise de correlações permite perceber que esta perceção se associa aos órgãos diretivos mais recentes na atual função ($r_s = -0,570$; $p < 0,01$; $n = 28$). Relativamente às perturbações do sono, 70,0% (n=21) indicaram a opção “Raramente”. 80,0% (n=24) dos órgãos diretivos consideram que os AAD's/AEAPD estão frequentemente em situação de fadiga e desgaste emocional decorrente do exercício da sua prática profissional.

No que concerne ao domínio **profissional**, 56,7% (n=17) dos órgãos diretivos admite a diminuição do envolvimento dos AAD's/AEAPD, tendo por base as percentagens de respostas assinaladas “Frequentemente” e “Muito Frequentemente”. A diminuição do envolvimento deste grupo profissional é percecionado, sobretudo, pelos órgãos diretivos do sexo feminino ($r_s = 0,500$; $p < 0,01$; $n = 29$).

33,3% (n=10) dos órgãos diretivos considera que os AAD's/AEAPD não têm falta de formação específica para o desenvolvimento das suas funções. No que respeita à frequência de absentismo, a maioria dos dirigentes (n=21; 70%) selecionou a opção “Raramente”.

6.2.1.2. Recrutamento e seleção dos AAD's/AEAPD

No âmbito do recrutamento e seleção dos AAD's/AEAPD, concretamente sobre a fonte de recrutamento mais utilizada, 15 participantes assinalaram a opção *recrutamento externo* (i.e.: candidatos externos à instituição) e 15 indicaram o *recrutamento misto* (i.e.: funcionários da instituição e candidatos externos), tal como se pode verificar na Tabela 10.

Tabela 10 - Fonte de recrutamento mais utilizada

Fonte de recrutamento mais utilizada	n(%)
Recrutamento externo	15 (50)
Recrutamento interno	0 (0)
Recrutamento misto	15 (50)

Tabela 11 - Tipo de recrutamento interno mais utilizado

Tipo de recrutamento interno mais utilizado	n(%)
Não utilizamos recrutamento interno	9 (30)
Transferência dentro da instituição	10 (33)
Promoção	2 (7)
Reconversão	0 (0)
Promoção e Reconversão	1 (3)
Transferência dentro da instituição e Reconversão	4 (13)
Não respondeu	4 (13)

O recrutamento interno (i.e.: funcionários da instituição) não é assumido como prática por nove gestores. Relativamente ao tipo de recrutamento interno adotado, 33,3% (n=10) refere a *transferência dentro da instituição* e 7,0% (n=2) refere a *promoção* (Tabela 11).

Tabela 12 - Pré-requisitos no recrutamento de AAD's/AEAPD

Pré-requisitos | Recrutamento	Sim n (%)	Não n (%)	Não respondeu n (%)
Limite mínimo de idade	11 (37)	18 (60)	1 (3)
Limite máximo de idade	5 (17)	24 (80)	1 (3)
Dados antropométricos	1 (3)	24 (80)	5 (17)
Condição de saúde	16 (53)	10 (33)	4 (13)
Consumo de substâncias	7 (23)	19 (63)	4 (13)
Nível de escolaridade mínimo	24 (80)	5 (17)	1 (3)
Qualificação específica	15 (50)	24 (47)	1 (3)

Ainda no âmbito do recrutamento e seleção, os gestores foram inquiridos sobre os pré-requisitos considerados no processo de recrutamento (Tabela 12).

Numa primeira análise, os resultados indicam que existe maior consensualização sobre o estabelecimento de um nível mínimo de escolaridade (n=24; 80,0%), fixado entre o 9.º e o 12.º ano de escolaridade. 50,0% (n=15) dos órgãos diretivos considera a qualificação específica aquando do processo de recrutamento, nomeadamente a habilitação para condução de transportes pesados e as qualificações de nível 2 (Agente de Geriatria e Assistente Familiar e de Apoio à Comunidade) e de nível 4 (Técnico Auxiliar de Saúde e Técnico de Apoio Familiar e à Comunidade).

Relativamente ao recrutamento e seleção de candidatos para prestação de apoio direto, os órgãos diretivos (n=11; 36,7%) admitem a fixação de um limite mínimo de idade - que varia entre os 18 e os 25 anos -, assim como um limite máximo de idade (n=5; 16,7%), que varia os 30 e os 55 anos. A maioria dos participantes (n=24; 80,0%) não considera a avaliação dos dados antropométricos no processo de recrutamento. Contudo, a presença de uma condição de saúde é considerada por 16 (53,3%)

participantes, sobretudo as patologias osteoarticulares (anca e joelho), a espondiloartrose, as patologias cardiovasculares, a depressão e os antecedentes traumáticos.

A análise de correlações sugere que os gestores que não fixam um limite máximo de idade para a função de AAD/AEAPD revelam pior percepção sobre o impacto da atividade profissional, nomeadamente ao nível da falta de formação específica para o desempenho das funções ($r_s = -0,590$; $p < 0,01$; $n = 28$), do desgaste físico ($r_s = -0,454$; $p < 0,05$; $n = 28$) e do risco acrescido para o desenvolvimento de doenças ($r_s = -0,573$; $p < 0,01$; $n = 28$). A análise evidencia ainda que os órgãos diretivos que incluem a condição de saúde enquanto pré-requisito consideram que os AAD's/AEAPD apresentam queixas subjetivas na diminuição do bem-estar ($r_s = 0,667$; $p < 0,01$; $n = 25$). O Anexo E apresenta as correlações em detalhe.

6.2.1.3 Práticas de gestão de recursos humanos adotadas pelos gestores

Os gestores de topo foram indagados sobre as práticas de GRH adotadas pelas suas organizações durante o último ano, direcionadas para os AAD's/AEAPD (Figura 3).

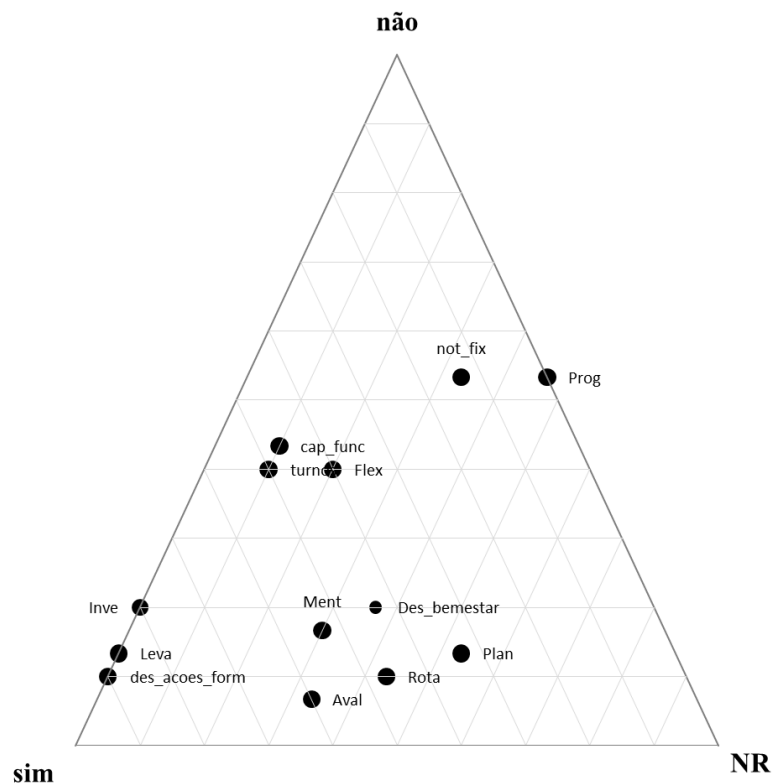
No âmbito da **qualificação e desenvolvimento dos colaboradores**, os resultados indicam que 90,0% ($n=27$) dos órgãos diretivos indicam que a sua organização desenvolve ações de formação e 86,7% ($n=26$) dos participantes refere que as mesmas decorrem do levantamento das necessidades de qualificação dos seus colaboradores. A avaliação de desempenho é entendida como uma prática adotada pela maioria dos dirigentes ($n=18$; 60,0%). Inquiridos sobre a transição para a reforma, nenhum dos participantes confirma a existência de programas nesse âmbito.

Ao nível da **saúde e bem-estar**, 80,0% ($n=24$) dos dirigentes confirmam o investimento em ajudas técnicas e 43,3% ($n=13$) indica desenvolver programas de bem-estar dirigido aos seus colaboradores. A avaliação da capacidade funcional para o trabalho é entendida como uma medida implementada pela organização por 46,7% ($n=14$) dos órgãos diretivos.

No que concerne ao **tipo de organização do trabalho**, os resultados indicam que metade das organizações opta pelo trabalho por turnos ($n=15$; 50,0%). 14 gestores (46,7%) consideram implementar a rotatividade entre serviços, sobretudo nas organizações com maior número de serviços ($r_s = 0,525$; $p < 0,01$; $n = 27$).

No domínio da **conciliação pessoal e familiar**, 60,0% ($n=18$) dos órgãos diretivos reconhecem esta prática nas suas organizações e 40,0% ($n=12$) referem a possibilidade de flexibilidade de horários.

Figura 3 - Práticas de GRH implementadas nas APC's



Legenda:

Rota – Rotatividade; **Ment** – Mentoria; **Aval** – Avaliação de desempenho; **Plan** – Plano individual do colaborador; **Des_acoes_form** – Desenvolvimento de ações de formação; **Leva** – Levantamento das necessidades de qualificação/formação; **Inve** – Investimento em ajudas técnicas; **Des_bemestar** – Desenvolvimento de programas de bem-estar; **Cap_func** – Avaliação da capacidade funcional para o trabalho; **Prog** – Programas de transição para a reforma; **Not_fix** – Organização do trabalho incluindo trabalho noturno fixo; **Turnos** – Organização do trabalho incluindo trabalho por turnos; **Flex** – Flexibilidade de horários; **Prat** – Práticas de conciliação familiar e laboral; **Requ** – Requalificação.

Os órgãos diretivos foram ainda questionados sobre as medidas adotadas perante o comprometimento funcional para a execução das funções (i.e.: *quando existe um impedimento, por parte do colaborador, para desempenhar as funções de apoio direto, qual é a medida adotada pela organização?*). Os resultados indicam que a maioria dos gestores (n=16; 53,3%) opta pela requalificação dos cuidadores formais, traduzida na sua permanência na organização, enquanto cinco (16,6%) gestores equacionam a possibilidade de reforma antecipada. De realçar ainda que oito órgãos diretivos optam pela análise individual de cada situação (e.g.: alguns respondentes referem que *depende da situação* ou *da idade do colaborador*), reforçando a inexistência de medidas definidas para este âmbito.

6.2.1.4. Perceção dos gestores sobre as práticas de gestão de recursos humanos

No que concerne ao grau de importância atribuído às práticas de GRH, importa considerar que o enfoque da questão é colocado na importância de cada medida enquanto facilitadora na realização das atividades dos AAD's/AEAPD e na obtenção de resultados individuais. Para a análise dos dados, as

variáveis foram dicotomizadas, atribuindo o valor 0 às categorias *nada importante* e *pouco importante* e o valor 1 às categorias *importante* e *muito importante* (Tabela 13).

Tabela 13 - Grau de importância atribuído às práticas de GRH (órgãos diretivos)

Grau de importância atribuído às PGRH	Muito importante Importante n(%)	Pouco importante Nada importante n(%)	Não respondeu n(%)
Rotatividade entre serviços	18 (60)	10 (33)	2 (7)
Mentoria	19 (63)	10 (33)	1 (3)
Avaliação de desempenho	29 (97)	1 (3)	0 (0)
Plano individual do colaborador	25 (83)	5 (17)	0 (0)
Desenvolvimento de ações de formação	30 (100)	0 (0)	0 (0)
Levantamento das necessidades de qualificação/formação	30 (100)	0 (0)	0 (0)
Investimento em ajudas técnicas	30 (100)	0 (0)	0 (0)
Desenvolvimento de programas de bem-estar	30 (100)	0 (0)	0 (0)
Avaliação da capacidade funcional para o trabalho	28 (93)	2 (7)	0 (0)
Programas de transição para a reforma	11 (37)	19 (63)	0 (0)
Organização do trabalho incluindo trabalho noturno fixo	11 (37)	17 (57)	2 (7)
Organização do trabalho incluindo trabalho por turnos	19 (63)	9 (30)	2 (7)
Flexibilidade de horários	26 (87)	4 (13)	0 (0)
Práticas de conciliação pessoal e familiar	27 (90)	3 (10)	0 (0)
Requalificação	24 (80)	6 (17)	1 (3)

Neste sentido, as medidas que os órgãos diretivos conferem maior importância, considerando as elevadas percentagens na categoria *muito importante* e *importante*, consistem nas práticas relacionadas com a avaliação de desempenho (n=29; 96,7%), o desenvolvimento de ações de formação (n=30; 100,0%), o levantamento das necessidades de qualificação/formação (n=30; 100,0%), o investimento em ajudas técnicas (n=30; 100,0%), o desenvolvimento de programas de bem-estar (n=30; 100,0%), a avaliação da capacidade funcional para o trabalho (n=28; 93,3%) e as práticas de conciliação familiar e laboral (n=27; 90,0%).

As medidas menos valorizadas pelos dirigentes, considerando as percentagens na categoria *pouco importante* e *nada importante*, são a rotatividade entre serviços (n=10; 33,3%), a mentoria (n=10; 33,3%), os programas de transição para a reforma (n=19; 63,3%) e a organização do trabalho incluindo trabalho noturno fixo (n=17; 56,7%).

A análise de correlações (ver Anexo E) sugere que a importância atribuída às práticas de GRH varia de acordo com o perfil dos gestores – associada à idade e ao número de anos de escolaridade. Deste modo, os gestores mais novos valorizam a flexibilidade de horários ($r_s = -0,429$; $p < 0,05$; $n = 29$),

enquanto os gestores com maior nível de qualificação tendem a valorizar os programas de transição para a reforma ($r_s = 0,363$; $p < 0,05$; $n = 30$).

A percepção das práticas de GRH varia de acordo com a dimensão da organização (número total de colaboradores e oferta de serviços). Assim, os órgãos diretivos tendem a atribuir menor importância ao plano individual do colaborador nas organizações com maior número de serviços ($r_s = -0,362$; $p < 0,05$; $n = 30$) e com maior expressividade no número de funcionários ($r_s = -0,387$; $p < 0,05$; $n = 30$). A flexibilidade de horários tende a ser mais valorizada nas organizações com maior número de serviços ($r_s = 0,444$; $p < 0,05$; $n = 30$).

A antiguidade dos órgãos diretivos (na função e na instituição) também parece influenciar a importância atribuída às práticas de GRH. Assim, aqueles que se encontram há menos tempo na atual função valorizam particularmente as práticas relacionadas com a organização do trabalho – nomeadamente o trabalho por turnos ($r_s = -0,396$; $p < 0,05$; $n = 27$), o trabalho noturno fixo ($r_s = -0,448$; $p < 0,01$; $n = 27$) e a rotatividade ($r_s = -0,452$; $p < 0,05$; $n = 27$) – e com o desenvolvimento dos colaboradores – nomeadamente a requalificação ($r_s = -0,389$; $p < 0,05$; $n = 28$). Os órgãos diretivos que se encontram há menos tempo na instituição tendem a valorizar a organização do trabalho por turnos ($r_s = -0,405$; $p < 0,05$; $n = 28$) e a requalificação ($r_s = -0,479$; $p < 0,01$; $n = 29$).

6.2.2. Discussão

O presente estudo procurou descrever o perfil dos gestores das APC's, assim como as suas perceções relativamente à atividade profissional dos AAD's/AEAPD e às práticas de GRH destas organizações. Os resultados sugerem, numa primeira análise, que a amostra é constituída maioritariamente por elementos do sexo feminino, pertencentes a diversos níveis de gestão das APC's – desde a Direção às equipas técnicas -, cuja idade média é de 43 anos e dois meses.

A dominância do género feminino, no contexto de economia social, é evidenciada na literatura da especialidade (e.g. Marcos, 2016; McMullen & Schellenberg, 2002), justificada (i) pela tipologia dos serviços (i.e.: relacionadas com o cuidado) que, tradicionalmente, tem atraído mais mulheres do que homens; (ii) pelas práticas de conciliação (familiar e laboral) providenciadas pelas organizações mais pequenas, tornando este tipo de trabalho mais atrativo para as mulheres; e (iii) pela possibilidade destas assumirem cargos de gestão com a flexibilidade necessária para assegurar as responsabilidades familiares. Adicionalmente, evidencia-se que a feminização do setor se reflete nos valores e expectativas que as mulheres impõem no contexto laboral – comparativamente com os homens, as mulheres tendem a valorizar a qualidade da comunicação, o compromisso com os funcionários e a flexibilidade e

conciliação laboral e familiar -, o que poderá ter impacto na gestão estratégica dos recursos humanos (McMullen & Schellenberg, 2002).

No que concerne à responsabilidade da GRH, tal como referido, a figura de *Diretor de Recursos Humanos* apenas é referenciada em duas APC's. A responsabilidade da GRH recai, maioritariamente, nas direções técnicas – que assumem o papel de gestão diária – e das direções das associações – com enfoque nas decisões mais formais. Nogueira (2014) evidenciou, num estudo de caso de uma IPSS portuguesa, que a responsabilidade pela GRH é compartilhada pelas direções técnicas e pelos órgãos sociais, sendo caracterizada pela falta de clareza quanto aos papéis e funções desempenhadas e, por isso, condicionada pelo estilo de liderança e relação interpessoal entre estes dois órgãos.

6.2.2.1. Perceção dos gestores sobre a atividade profissional dos AAD's/AEAPD

Os órgãos diretivos percecionam a atividade profissional dos AAD's/AEAPD como tendo impacto negativo na saúde destes profissionais, nomeadamente no domínio da saúde física e do bem-estar psicológico. Consideram, ainda, que estes profissionais tendem a apresentar limitação física para o desempenho das funções, assim como risco acrescido para o desenvolvimento de doenças. Estes resultados sugerem, assim, que existe uma consciencialização por parte da gestão de topo no que concerne ao impacto desta atividade profissional que, de acordo com Pinto (2012), é exigente física e emocionalmente devido ao seu conteúdo funcional e exposição diária a riscos ergonómicos e psicossociais. Por outro lado, sustenta a necessidade de serem desenvolvidas medidas de promoção da saúde e prevenção de doença, no contexto laboral, de modo a prevenir (e minimizar) as consequências negativas decorrentes das funções desempenhadas (Ng & Feldman, 2008).

Importa ainda referir que os elementos da gestão de topo consideram que este grupo profissional apresenta menor envolvimento no desempenho das funções. Os recursos humanos das organizações sem fins lucrativos são atraídos e motivados por fatores intrínsecos, nos quais se inclui o cumprimento da missão organizacional, a oportunidade de atualização dos valores individuais e a participação na tomada de decisão (Akingbola, 2006). Deste modo, Akingbola (2013) atenta para a necessidade (e dificuldade) em manter o nível de motivação e envolvimento dos colaboradores neste contexto, tão necessário para facilitar o alinhamento com as expectativas das organizações e contribuir para o cumprimento da missão das mesmas. Este resultado remete, assim, para o necessário investimento numa GRH profissionalizada (Marcos, 2016), baseada no pressuposto que colaboradores altamente motivados constituem uma das principais forças destas organizações e, como tal, um ponto de partida

para o desenvolvimento de estratégias no domínio da gestão das pessoas neste setor (Ridder & McCandless, 2010).

6.2.2.2. Recrutamento e seleção dos AAD's/AEAPD

Ao nível do recrutamento e seleção dos AAD's/AEAPD, os resultados evidenciam que os gestores optam pelo recrutamento externo ou misto deste grupo profissional, sendo que um terço dos participantes refere, inclusive, não utilizar recrutamento interno. Estas evidências contrariam o que tem sido abordado na literatura, onde é sugerido que estas organizações optam, em primeira estância, pelo recrutamento interno (Fernandes, 2011; Pynes, 2009), tendo como objetivo a valorização dos seus funcionários (Pynes, 2009). Importa referir que os estudos elencados (Fernandes, 2011; Pynes, 2009) referem-se ao recrutamento interno em organizações sem fins-lucrativos correspondente a todo o quadro de pessoal (técnicos, AAD's/AEAPD, pessoal administrativo, entre outros), não considerando a especificidade do grupo profissional dos AAD's/AEAPD e, como tal, justificando a contrariedade evidenciada. Complementariamente importa ainda considerar que a rotatividade dos funcionários depende do número de serviços da organização, assim como do perfil de funções dos colaboradores.

O recrutamento e seleção afigura-se como um procedimento de particular importância nas organizações de economia social (Akingbola, 2006), dada a importância que os recursos humanos assumem na prossecução dos serviços (Ridder *et al.*, 2012). Deste modo, trata-se de uma prática alinhada à missão da organização (Akingbola, 2006; Pynes, 2009), onde a gestão estratégica dos recursos humanos é um facilitador na contratação dos indivíduos com conhecimento, capacidades, competências e outras características requeridas para a função a desempenhar (Pynes, 2009). Neste sentido, o presente estudo procurou também compreender se, para além da avaliação deste conjunto de domínios, os gestores estabelecem – ou não – pré-requisitos no recrutamento e seleção destes profissionais.

Os resultados sugerem a existência de maior consensualização nos requisitos relacionados com a qualificação, quer pelo estabelecimento de um nível mínimo de escolaridade – fixado entre o 9.º e 12.º ano de escolaridade -, quer pela exigência de qualificação específica – nível 2 e 4 do Quadro Nacional de Qualificações. De facto, o Boletim do Trabalho e Emprego, n.º 31 (2015) não define requisitos mínimos para admissão às categorias de AAD's e AEAPD's, o que, por um lado, poderá refletir a abrangência e subjetividade nos requisitos estabelecidos neste domínio e, por outro lado, evidenciar a crescente exigência destas organizações na qualificação dos profissionais de apoio direto.

No que diz respeito à *idade cronológica*, existe variação nas percepções dos órgãos diretivos, sendo que a maioria não fixa um limite de idade máximo. Tal como evidenciado por Ilmarinen (2012), parece que a idade não é um fator exclusivo a ser considerado, mas sim incluído num conjunto de pré-requisitos, onde, de acordo com os resultados deste estudo, se inclui a presença de uma condição de saúde - patologias osteoarticulares (anca e joelho), a espondiloartrose, as patologias cardiovasculares, a depressão e os antecedentes traumáticos. Esta evidência é ainda sustentada pelo facto dos órgãos diretivos - que incluem a condição de saúde enquanto pré-requisito - considerarem que os AAD's/AEAPD apresentam queixas subjetivas na diminuição do bem-estar. Deste modo, sugere-se que os gestores das APC's, no processo de recrutamento dos AAD's/AEAPD, manifestam alguma preocupação no que concerne à *idade funcional* dos candidatos, particularmente pelo facto desta se associar ao comprometimento da capacidade funcional para o trabalho (Berg et al., 2009; Ilmarinen, 2012) e, consequentemente, ao comprometimento da resposta dos colaboradores às exigências deste trabalho (Berg et al., 2009; WHO, 1993).

6.2.2.3. Perceção dos gestores acerca das práticas de GRH

No que concerne às ações adotadas no último ano, os resultados remetem para a implementação de medidas no domínio do desenvolvimento e qualificação dos colaboradores²¹, assim como no domínio da saúde e do bem-estar²². Por oposição, as práticas de GRH com menor expressão são os programas de transição para a reforma, a mentoria e o plano individual do colaborador. Relativamente ao grau de importância atribuído às práticas de GRH, enquanto facilitadoras na realização das atividades dos AAD's/AEAPD e na obtenção de resultados individuais, os resultados remetem para a valorização da generalidade das medidas, com a exceção dos programas de transição para a reforma, a mentoria, a rotatividade entre serviços e a organização do trabalho incluindo trabalho noturno fixo.

Numa primeira análise, destaca-se as medidas – valorizadas e implementadas - no domínio do desenvolvimento e qualificação dos colaboradores. De facto, o processo de desenvolvimento de competências dos recursos humanos constitui um dos principais desafios – e necessidades - das organizações do terceiro setor, caso almejem “um trabalho de qualidade e impacto social, na direção do cumprimento da sua missão e da transformação concreta e efetiva do ambiente (interno e externo) em que atuam” (Costa, 2002, p. 55). Assim, a qualificação e o desenvolvimento assumem um papel

²¹ Levantamento das necessidades de qualificação/formação; Desenvolvimento de ações de formação; Avaliação de desempenho; Rotatividade

²² Desenvolvimento de programas de bem-estar; Investimento em ajudas técnicas; Avaliação da capacidade funcional para o trabalho

fundamental nas organizações sem fins lucrativos (Akingbola, 2006), particularmente inseridas numa abordagem planeada na gestão da organização (Pynes, 2009).

Por outro lado, evidencia-se que os órgãos diretivos não implementam o plano individual do colaborador, considerando, todavia, uma medida de elevada importância enquanto facilitadora na realização das atividades dos AAD's/AEAPD e na obtenção de resultados individuais. Importa referir que o plano individual do colaborador tem implícito o reconhecimento e a adoção de uma perspetiva de médio e longo prazo, com clara orientação estratégica no que diz respeito ao desenvolvimento do colaborador. A sua valorização – mas ausência de correspondência na sua implementação - poderá sugerir a adoção de uma GRH administrativa (Ridder & McCandless, 2010), com menor orientação para a profissionalização, dada a sua natureza funcionalista e finalidade imediatista (Marcos, 2016).

Adicionalmente, os resultados evidenciam que os órgãos diretivos das organizações com maior dimensão (i.e.: expressividade no número total de funcionários e oferta de serviços) tendem a desvalorizar esta prática. Uma vez que as características organizacionais, onde se inclui a dimensão das organizações, influenciam as práticas de GRH adotadas (Jackson, Schuler & Rivero, 1989; Ridder & McCandless, 2010), seria expectável que as organizações de maior dimensão adotassem uma GRH com maior orientação para a estratégia (Marcos, 2016). Desta forma, os resultados encontrados vão ao encontro de Marcos (2016), quando sugere que, efetivamente, o plano de desenvolvimento profissional e a gestão de carreiras apresentam uma incidência bastante reduzida nas organizações do terceiro setor.

Por fim, a análise dos dados evidencia a ausência - de investimento e importância atribuída – no que concerne aos programas de transição para a reforma. A discussão da (transição para a) reforma deste grupo profissional assume elevada pertinência, na medida em que se trata de uma profissão exigente física e emocionalmente (Pinto, 2012) e, como tal, exposto ao potencial comprometimento da resposta à exigência do trabalho (Berg *et al.*, 2009; WHO, 1993). Numa primeira análise, a discussão remete para a importância de indagar as condições de trabalho – passadas e atuais – dos trabalhadores, uma vez que estas têm influência na incapacidade percebida aos 60 anos e na intenção de sair da organização (Barros, Carnide, Cunha, Santos & Silva, 2015). Nesta perspetiva, a promoção da saúde e segurança dos trabalhadores assumem alguma relevância, dado que constituem uma pré-condição para a sustentabilidade da vida profissional e para o envelhecimento ativo e saudável após a reforma (Eurostat, 2012).

Ainda no âmbito da reforma destes colaboradores, importa ressaltar que, perante o comprometimento funcional para a execução das funções, os resultados indicam que a maioria dos gestores opta pela requalificação dos cuidadores formais, de modo a garantir a sua permanência na

organização. Todavia, para além da ambiguidade denotada no posicionamento adotado (i.e. considerando as respostas: *depende da situação, da idade do colaborador, não há medida definida*), existem ainda órgãos diretivos que equacionam a possibilidade de reforma antecipada. Este resultado, aliada ao facto da reforma antecipada dos trabalhadores mais velhos estar associada à fraca saúde percebida dos mesmos (Berg, Schuring, Avendano, Mackenbach & Burdorf, 2010), reforça a importância de considerar o desenvolvimento e a gestão das carreiras destes profissionais, nos quais se inclui os programas de transição para a reforma.

6.3. Inquérito por questionário aos AAD's/AEAPD

A aplicação dos inquéritos por questionário aos AAD's/AEAPD objetivou descrever e analisar o impacto da atividade profissional em cuidadores formais com 45 ou mais anos de pessoas adultas com paralisia cerebral e a perceção dos mesmos sobre as práticas de gestão de recursos humanos com impacto na respetiva atividade profissional.

6.3.1. Resultados

Trata-se de uma amostra constituída por 86 AAD's/AEAPD pertencentes a dez APC's. No que concerne ao género, 76 (88,4%) AAD's/AEAPD são do sexo feminino e nove (10,5%) do sexo masculino, sendo que um participante não indica o género. A média da idade é de 51 anos (desvio padrão de 4,6). A Tabela 14 apresenta as variáveis sociodemográficas.

Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes é casada (n=54; 62,8%), seguindo-se os divorciados (n=13; 15,1%) e solteiros (n=7; 8,1%). Dos participantes, 84 (97,3%) referem ter, pelo menos, um filho e um AAD/AEAPD refere não ter filhos.

Tabela 14 - Variáveis sociodemográficas dos AAD's/AEAPD

Variáveis sociodemográficas		n (%)
Sexo	Feminino	6 (88)
	Masculino	9 (11)
	Não respondeu	1 (1)
Idade	45 – 50 anos	41 (55)
	51 – 55 anos	25 (34)
	56 – 60 anos	13 (18)
	≥ 61 anos	1 (1)
	Não respondeu	6 (8)
Estado Civil	Casado	54 (63)
	União de facto	4 (5)
	Divorciado	13 (15)
	Viúvo	7 (8)
	Solteiro	7 (8)
	Não respondeu	1 (1)
Número de filhos	0	1 (1)
	1	33 (38)
	2	41 (48)
	3	7 (8)
	Mais de 3	3 (4)
	Não respondeu	1 (1)
Habilitações Literárias	1º CEB ou equivalente	8 (9)
	2º CEB ou equivalente	17 (20)
	3º CEB ou equivalente	5 (6)
	Ensino secundário	48 (56)
	Ensino superior	1 (1)
	Não respondeu	7 (8)

Em termos de habilitações académicas, 48 (55,8%) têm o ensino secundário, 17 (19,8%) possuem o 2.º ciclo do ensino básico (CEB) ou equivalente, 8 (9,3%) têm o 1.º CEB ou equivalente e seis referem possuir outro tipo de habilitações diferentes das anteriormente citadas, nomeadamente o 3.º CEB ou equivalente (n=5; 5,8%) e o ensino superior (n=1; 1,2%).

Especificamente na área da deficiência, 33 (38,4%) participantes referem possuir formação especializada, sendo pertinente ressaltar que 13 (15,1%) não responderam a esta questão.

No que concerne à atividade profissional, a maioria dos participantes encontra-se no atual cargo (n=33; 38,4%) e organização (n=29; 33,7%) há mais de seis anos e há menos de 15 anos. Dos AAD's/AEAPD, 76 (88,4%) encontram-se vinculados à organização através de um contrato sem termo e oito (9,3%) através de um contrato a termo. Relativamente ao regime de trabalho, 45 (52,3%) participantes trabalham em horário fixo, enquanto 41 (47,7%) exercem a sua atividade profissional por

turnos. O serviço mais representado é o Lar Residencial com um total de 44 (51,2%) inquiridos, seguindo do Centro de Atividades Ocupacionais com 35 (40,7%) participantes.

No domínio da saúde, 45 (52,3%) participantes referem a presença de, pelo menos, uma condição de saúde, sendo que 46 (53,5%) consideram ter desenvolvido doenças/lesões decorrente da sua atividade profissional, provocadas por agentes físicos (n=34;94,4%). Dos participantes, 76 (76,7%) indicam ter estado de baixa ou ausentes do trabalho. Os dados referentes às variáveis profissionais estão explanados na Tabela 15.

Tabela 15 - Variáveis profissionais dos AAD's/AEAPD

Variáveis profissionais		n (%)
Formação específica na deficiência	Sim	40 (47)
	Não	33 (38)
	Não respondeu	13 (15)
Atividade profissional anterior na área?	Sim	67 (78)
	Não	13 (15)
	Não respondeu	6 (7)
Antiguidade na função	≤ 05 anos	21 (24)
	06 – 15 anos	33 (38)
	16 – 25 anos	21 (24)
	26 – 35 anos	8 (9)
	+ 35 anos	1 (1)
	Não respondeu	2 (2)
Antiguidade na organização	≤ 05 anos	19 (22)
	06 – 15 anos	29 (34)
	16 – 25 anos	20 (23)
	26 – 35 anos	9 (11)
	+ 35 anos	2 (2)
	Não respondeu	7 (8)
Serviço(s) que integra	Lar Residencial (LR)	44 (51)
	Centro de Atividades Ocupacionais (CAO)	35 (41)
	LR e CAO	6 (7)
	Não respondeu	1 (1)
Vínculo à organização	Contrato a termo	8 (9)
	Efetivo	76 (88)
	Não respondeu	2 (2)
Regime de trabalho	Horário fixo	45 (52)
	Por turnos	41 (48)
Alguma vez de baixa/ausente do trabalho	Não	20 (23)
	Sim	66 (77)
Lesão/Doença Profissional	Não	46 (53)
	Sim	36 (42)
	Não respondeu	4 (5)

6.3.1.1. Percepção dos AAD's/AEAPD sobre atividade profissional

Os itens a seguir explanados descrevem a percepção dos AAD's/AEAPD relativamente à sua prática profissional (Tabela 16). À semelhança da análise efetuada no questionário aplicado aos gestores, procurou-se conhecer os padrões de associação entre os itens das escalas e as variáveis sociodemográficas e profissionais. São apresentadas as correlações com significado estatístico (ver Anexo E).

No domínio da **conciliação familiar e laboral**, os resultados indicam que 31,4% dos participantes manifestam estar sujeitos a um elevado grau de esforço, tendo assinalado *concordo* e *concordo totalmente* na afirmação “*Tenho que fazer um grande esforço na conciliação/gestão familiar e laboral*”. O maior grau de esforço na conciliação laboral e familiar manifesta-se nos indivíduos com idade mais baixa ($r_s = -0,355$; $p < 0,01$; $n=76$), sem experiência profissional prévia na deficiência ($r_s = -0,240$; $p < 0,05$; $n=76$) e com menor antiguidade na instituição ($r_s = -0,228$; $p < 0,05$; $n=75$).

Relativamente à **participação em atividades sociais**, mais de um terço dos participantes ($n=39$; 45,3%) discorda da afirmação “*Participo pouco em atividades sociais*”. A baixa participação em atividades sociais é mais evidente nos colaboradores com menor antiguidade na função ($r_s = -0,265$; $p < 0,05$; $n=79$).

No domínio da **saúde**, os resultados indicam que cerca de um terço dos participantes ($n=36$; 41,9%) sente uma diminuição do seu bem-estar, enquanto 30,2% ($n=26$) selecionou a opção *discordo* e *discordo totalmente* relativamente à afirmação “*Sinto uma diminuição do meu bem-estar*”. Especificamente no domínio da saúde física, a maioria dos participantes (69,8%) sente desgaste físico no exercício da atividade profissional, sobretudo as mulheres ($r_s = -0,300$; $p < 0,01$; $n=81$).

Tabela 16 - Percepção dos AAD's/AEAPD sobre a atividade profissional

Percepção da atividade profissional	Concordo totalmente n(%)	Concordo n(%)	Não concordo nem discordo n(%)	Discordo n(%)	Discordo totalmente n(%)	Não responde n(%)
Tenho que fazer um grande esforço na conciliação/gestão familiar e laboral	3 (4)	24 (28)	20 (23)	23 (27)	11 (13)	5 (6)
Participo pouco em atividades sociais	3 (4)	25 (29)	14 (16)	28 (33)	11 (13)	5 (6)
Sinto uma diminuição do meu bem-estar	4 (5)	32 (37)	14 (16)	19 (22)	7 (8)	10 (12)
Tenho um risco acrescido para o desenvolvimento de doenças como consequência das minhas funções	10 (12)	34 (40)	15 (17)	15 (17)	3 (4)	9 (11)
Sinto fadiga e desgaste emocional	9 (11)	36 (42)	14 (16)	18 (21)	3 (4)	6 (7)
Tenho alterações da quantidade/qualidade do sono	15 (17)	28 (33)	11 (13)	20 (23)	6 (7)	6 (7)
Sinto desgaste físico	19 (22)	41 (48)	11 (13)	8 (9)	2 (2)	5 (6)
Estou motivado para o desempenho das funções	13 (15)	44 (51)	12 (14)	10 (12)	2 (2)	5 (6)
Apresento limitação física para o desenvolvimento das funções	4 (5)	15 (17)	11 (13)	37 (43)	10 (12)	9 (11)
Tenho falta de formação específica para o desempenho das funções	2 (2)	17 (20)	12 (14)	41 (48)	9 (11)	5 (6)
Falto ao trabalho como consequência das minhas funções	3 (4)	2 (2)	7 (8)	37 (43)	32 (37)	5 (6)

Cerca de 51,2% (n=44) dos AAD's/AEAPD percebe um risco acrescido para o desenvolvimento de doenças como consequência do exercício profissional e 54,7% (n=47) dos inquiridos considera não apresentar limitações físicas para o desenvolvimento das suas funções. O risco acrescido apercebido é referido, sobretudo, pelos indivíduos do sexo feminino ($r_s = -0,310$; $p < 0,01$; n=77) e com uma condição de saúde ($r_s = 0,297$; $p < 0,01$; n=76). Já a presença de limitação física, com impacto no desenvolvimento das funções, é referida pelos colaboradores que sofrem uma condição de saúde ($r_s = 0,238$; $p < 0,05$; n=77).

Relativamente à qualidade/quantidade de sono, 50,0% (n=43) sugere a existência de alterações nesse domínio. 52,3% (n=45) dos participantes referem sentir fadiga e desgaste emocional no exercício das suas funções, sendo uma percepção manifestada maioritariamente pelas mulheres ($r_s = -0,267$; $p < 0,05$; n=80).

No **domínio profissional**, mais de metade dos participantes (n=57; 66,3%) refere estar motivado para o desempenho das suas funções, sendo, sobretudo, os indivíduos mais velhos ($r_s = 0,265$; $p < 0,05$; n=75) e com mais anos de escolaridade ($r_s = -0,230$; $p < 0,05$; n=74). 80,0% (n=69) dos AAD's/AEAPD discorda da afirmação “*Falto ao trabalho como consequência das minhas funções*”, considerando as elevadas percentagens nas opções *discordo* e *discordo totalmente*.

A maioria dos participantes (n=50; 58,1%) discorda da afirmação “*Tenho falta de formação específica para o desempenho das minhas funções*”, essencialmente aqueles que não tem formação específica ($r_s = -0,320$; $p < 0,01$; n=70) e apresentam menor antiguidade na função ($r_s = -0,371$; $p < 0,01$; n=79) e na instituição ($r_s = -0,307$; $p < 0,01$; n=75).

6.3.1.2. Nível de conhecimento das práticas de GRH

Os resultados indicam, numa primeira análise, que 50,0% (n=43) dos AAD's/AEAPD conhecem até seis práticas de GRH adotadas pela sua organização. Como medidas mais conhecidas, consideram-se a avaliação de desempenho (n=59; 68,6%), o desenvolvimento de ações de formação (n=57; 66,3%), o levantamento das necessidades de qualificação/formação (n=47; 54,7%), a avaliação da capacidade funcional para o trabalho (n=47; 54,7%), a flexibilidade de horários (n=43; 50,0%), o plano individual do colaborador (n=38; 44,2%), o investimento em ajudas técnicas (n=36; 41,9%), e a rotatividade entre serviços (n=35; 40,7%). Os programas de transição para a reforma (n=2; 2,3%) e a organização do trabalho incluindo trabalho noturno fixo (n=16; 18,6%) são as práticas menos conhecidas por este grupo profissional (Tabela 17).

Tabela 17 - Nível de conhecimento dos AAD's/AEAPD acerca das práticas de GRH

Nível de conhecimento geral | PGRH	n(%)
Rotatividade entre serviços	35 (41)
Mentoria	31 (36)
Avaliação de desempenho	59 (69)
Plano individual do colaborador	38 (44)
Desenvolvimento de ações de formação	57 (66)
Levantamento das necessidades de qualificação/formação	47 (55)
Investimento em ajudas técnicas	36 (42)
Desenvolvimento de programas de bem-estar	31 (36)
Avaliação da capacidade funcional para o trabalho	47 (54)
Programas de transição para a reforma	2 (2)
Organização do trabalho incluindo trabalho noturno fixo	16 (19)
Organização do trabalho incluindo trabalho por turnos	29 (33)
Flexibilidade de horários	43 (50)
Práticas de conciliação pessoal e familiar	29 (34)
Requalificação	21 (24)

A análise de correlações sugere que o baixo grau de conhecimento das práticas de GRH se associa aos colaboradores que sentem uma diminuição do bem-estar ($r_s = -0,405$; $p < 0,01$; $n=76$), fadiga e desgaste emocional ($r_s = -0,222$; $p < 0,05$; $n=80$) e ainda aqueles que consideram ter um risco acrescido para o desenvolvimento de doenças ($r_s = -0,351$; $p < 0,01$; $n=77$) e apresentam limitação física para o desempenho das funções ($r_s = -0,238$; $p < 0,05$; $n=78$).

6.3.1.3. Percepção dos AAD's/AEAPD sobre as práticas de GRH

No que concerne ao grau de importância atribuído às práticas de GRH, importa considerar que o enfoque foi colocado na importância que cada medida assume enquanto *facilitadora na realização das atividades dos AAD's/AEAPD e na obtenção de resultados individuais*. Para a análise dos dados, as variáveis foram dicotomizadas, atribuindo o valor 0 às categorias *nada importante e pouco importante* e o valor 1 às categorias *importante e muito importante* (Tabela 18).

Numa primeira análise, as práticas mais valorizadas consistem no desenvolvimento de ações de formação ($n=76$; 88,4%), no levantamento de necessidades de formação/qualificação ($n=76$; 88,4%) e desenvolvimento de programas de bem-estar ($n=76$; 88,4%). Os resultados indicam que este grupo profissional confere elevada importância às restantes medidas. De realçar, por ordem de importância decrescente, a avaliação da capacidade funcional para o trabalho ($n=75$; 87,2%), o investimento em ajudas técnicas ($n=73$; 84,9%), as práticas de conciliação familiar e laboral ($n=73$; 84,9%), a flexibilidade de horários ($n=71$; 82,6%), a requalificação ($n=69$; 80,2%), a avaliação de desempenho ($n=68$; 79,1%), os programas de transição para a reforma ($n=64$; 74,4%), o plano individual do colaborador ($n=63$; 73,3%), as práticas de mentoria ($n=60$; 69,8%), a rotatividade entre serviços ($n=56$; 65,1%) e a organização do trabalho por turnos ($n=56$; 65,1%) e noturno fixo ($n=48$; 55,8%).

Tabela 18 - Grau de importância atribuído às práticas de GRH (AAD's/AEAPD)

Grau de importância atribuído às PGRH	Muito importante Importante n(%)	Pouco importante Nada importante n(%)	Não respondeu n(%)
Rotatividade entre serviços	56 (65)	22 (26)	8 (9)
Mentoria	60 (70)	9 (11)	17 (20)
Avaliação de desempenho	68 (79)	8 (9)	10 (12)
Plano individual do colaborador	63 (73)	12 (14)	11 (13)
Desenvolvimento de ações de formação	76 (88)	6 (7)	4 (5)
Levantamento das necessidades de qualificação/formação	76 (88)	3 (4)	7 (8)
Investimento em ajudas técnicas	73 (85)	4 (5)	9 (11)
Desenvolvimento de programas de bem-estar	76 (88)	4 (5)	6 (7)
Avaliação da capacidade funcional para o trabalho	75 (87)	2 (2)	9 (11)
Programas de transição para a reforma	64 (74)	8 (9)	14 (16)
Organização do trabalho incluindo trabalho noturno fixo	48 (56)	23 (27)	15 (17)
Organização do trabalho incluindo trabalho por turnos	56 (65)	16 (19)	14 (16)
Flexibilidade de horários	71 (83)	6 (7)	9 (11)
Práticas de conciliação pessoal e familiar	73 (85)	4 (5)	9 (11)
Requalificação	69 (80)	5 (6)	12 (14)

Procedeu-se à análise de correlação (Anexo E) entre a importância atribuída às práticas de GRH e às variáveis sociodemográficas e da percepção da atividade profissional. Numa primeira análise, os resultados indicam que a antiguidade na função e na instituição influenciam a importância atribuída às práticas. Neste caso, os colaboradores que se encontram há mais tempo na atual função tendem a valorizar o investimento em ajudas técnicas ($r_s = 0,267$; $p < 0,05$; $n=84$), a avaliação da capacidade funcional para o trabalho ($r_s = 0,265$; $p < 0,05$; $n=84$) e os programas de transição para a reforma ($r_s = 0,239$; $p < 0,05$; $n=84$). Também os indivíduos mais antigos na instituição atribuem maior importância à avaliação da capacidade funcional para o trabalho ($r_s = 0,250$; $p < 0,05$; $n=79$) e aos programas de transição para a reforma ($r_s = 0,227$; $p < 0,05$; $n=79$).

A análise de correlação permite também aferir que os indivíduos cuja atividade profissional anterior se desenvolveu no contexto da deficiência tendem a valorizar a avaliação da capacidade funcional para o trabalho ($r_s = 0,299$; $p < 0,01$; $n=80$), a organização do trabalho por turnos ($r_s = 0,306$; $p < 0,05$; $n=80$) e a avaliação de desempenho ($r_s = 0,227$; $p < 0,05$; $n=80$). A valorização da avaliação de desempenho está associada aos colaboradores que referem estar motivados para o desempenho das funções ($r_s = 0,258$; $p < 0,05$; $n=81$). Já o desenvolvimento de ações de formação tende a ser valorizado pelos colaboradores com menor nível de qualificação ($r_s = -0,229$; $p < 0,05$; $n=79$).

No que diz respeito à variável *serviço/resposta social que está integrado* não foram encontradas correlações significativas com a percepção das práticas de GRH. Contudo, a análise descritiva permite

compreender que existe uma valorização generalizada de todas as práticas em todos os serviços (i.e.: LR e/ou CAO). Apenas a medida *organização do trabalho incluindo trabalho noturno fixo* é menos valorizada pelos colaboradores que se encontram nos CAO's, justificada pelo horário de funcionamento de serviço (i.e.: horário diurno).

6.3.2. Discussão

Com a aplicação do inquérito por questionário aos AAD's/AEAPD procurou-se descrever e analisar o impacto da atividade profissional em cuidadores formais com 45 ou mais anos de pessoas adultas com paralisia cerebral e a perceção dos mesmos sobre as práticas de gestão de recursos humanos com impacto na respetiva atividade profissional. Numa primeira análise, no que diz respeito ao perfil da amostra, os resultados sugerem que os cuidadores formais, com 45 ou mais anos, de pessoas adultas com paralisia cerebral são maioritariamente mulheres, com idade média de 51 anos, casadas e com, pelo menos, um filho. A maioria dos colaboradores está motivada para o exercício da sua atividade profissional, sobretudo os mais velhos e com mais anos de escolaridade.

Diversos estudos evidenciam o perfil dos cuidadores formais (Beringuilho, 2013; Carneiro, Pires, Filho & Guimarães, 2009; Ferreira, 2013; Ribeiro *et al.*, 2008), onde a feminização da profissão é notória. Em Portugal, o crescimento do emprego feminino evidenciou-se no setor dos serviços (saúde, educação e ação social), no qual 65% das mulheres estavam empregadas (Casaca, 2005). Efetivamente, as mulheres tendem a concentrar-se em profissões que coincidam com o estereótipo tradicional de feminilidade (Vicente, 2013). Considera-se, assim, um *setor feminizado*, no qual os cargos assumidos são “socialmente vistos como uma extensão das tarefas desenvolvidas no interior da esfera doméstica/familiar” (Casaca, 2005, p. 5) e, como tal, aliadas às funções de cuidar.

A motivação dos trabalhadores mais velhos é objeto de estudo na literatura (Kooij *et al.*, 2008; Stamov-Roßnagel & Hertel, 2010), frequentemente associada à temática das perceções e estereótipos relacionados com os trabalhadores mais velhos. Um estudo desenvolvido por Rožman, Treven e Čančer (2016) ostentou que os trabalhadores mais velhos consideram ser estereotipados como menos motivados. Contudo, a motivação não declina com a idade (Ng & Feldman, 2012), mas desenvolve-se de forma multidirecional e dimensional nos trabalhadores mais velhos, sendo influenciado pelo perfil do funcionário e pelas características das tarefas (Stamov-Roßnagel & Hertel, 2010). A motivação dos AAD's/AEAPD tem sido abordada, ao nível da descrição das amostras, em diversos estudos (Beringuilho, 2013; Rodrigues, 2014; Torrão, 2010), cujos resultados estão em concordância com a presente pesquisa.

6.3.2.1. Impacto percebido da atividade profissional dos AAD's/AEAPD

No que concerne ao **impacto da atividade profissional**, os resultados sugerem que o trabalho de cuidador formal de adultos com paralisia cerebral é percecionado como tendo impacto na conciliação familiar e laboral e nas condições de saúde dos colaboradores mais velhos.

No domínio da **conciliação familiar e laboral**, é possível aferir que o grau de esforço associado é maior nos indivíduos mais novos, com menor antiguidade na função e sem experiência prévia na área da deficiência. Nesta perspetiva, também a Eurofound (2012)²³ indicia que as dificuldades de conciliação diminuem com a idade, particularmente a partir dos 50 anos, corroborando os resultados encontrados no presente estudo. Uma das razões que poderá sustentar este resultado prende-se com a fase do ciclo de vida familiar e da carreira dos colaboradores - Crompton e Lyonette (2006) evidenciam que as pessoas mais novas estão mais suscetíveis ao esforço de conciliação familiar e laboral devido às responsabilidades parentais e à fase inicial da carreira. Por outro lado, Yeandle (2005) e Phillipson (2004) reforçam o papel das políticas e práticas de GRH como determinantes na conquista de um nível desejado de conciliação familiar e laboral, independentemente da idade.

De destacar ainda o papel da experiência profissional – prévia na área profissional e em termos de antiguidade na função – dado que, quanto maior a experiência na função e na área profissional da deficiência, menor o grau de esforço na conciliação laboral e familiar. Neste sentido, Hansson, Dekoekkoek, Neece e Patterson (1997) sugerem que os trabalhadores mais velhos, através do número de anos numa determinada função profissional, tendem a desenvolver estruturas de conhecimento altamente complexas (*expertise*) e capacidade de resolução de problemas, para compensar o declínio (ou perda) de outras competências.

A **saúde e o bem-estar** assumem relevância no estudo do impacto da atividade profissional nos cuidadores formais mais velhos. Se, por um lado, apenas um terço dos participantes refere uma diminuição do seu bem-estar, por outro lado a maioria dos AAD's/AEAPD refere sentir fadiga e desgaste emocional, assim como desgaste físico decorrente da sua atividade profissional, sendo este impacto apercebido sobretudo pelos colaboradores do género feminino. A exigência associada à prestação do apoio de pessoas dependentes tem sido evidenciada na literatura (Brito, 2003; Sequeira, 2010), considerando os níveis elevados de sobrecarga em todas as dimensões (social, psicológica, física e profissional).

²³ O relatório emitido pela Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho (Eurofound), em 2012, apresentou as características dos trabalhadores com idade igual ou superior a 50 anos, no contexto europeu, sob uma perspetiva multidimensional (condições de trabalho, saúde física e psicológica, a dimensão expressiva do trabalho, a conciliação profissional e familiar e as condições socioeconómicas). Baseado na pesquisa sobre a qualidade do trabalho para os trabalhadores mais velhos e o seu impacto, trata-se de um estudo que procurou compreender quais são as condições que tornam o trabalho sustentável e, como tal, promovem o prolongamento da carreira profissional.

Pereira *et al.*, (2014) constataram que o cansaço físico e psicológico, assim como os níveis de ansiedade dos cuidadores formais de pessoas idosas institucionalizadas é superior mediante o grau de dificuldade associado à prestação do apoio. Por outro lado, Akpunne (2015) evidencia que o bem-estar psicológico dos cuidadores formais é influenciado pela remuneração, pelo estado civil, pelo *stress* laboral e pela dificuldade na conciliação familiar e laboral, reforçando a necessidade de adequar as condições de trabalho às exigências e especificidades das funções desempenhadas (e.g.: através do aumento da remuneração). A Eurofound (2012), por sua vez, refere que os fatores ligados à saúde física e psicológica são os trabalhos fisicamente exigentes – como é o caso da prestação de apoio direto -, a falta de flexibilidade para conciliação laboral e familiar e as perspectivas de carreira precárias.

Associadas às percepções sobre a saúde física e emocional, os participantes consideram, na sua maioria, que a prestação de apoio direto é uma profissão na qual o risco para o desenvolvimento de doenças é acrescido, estando esta percepção associada ao género feminino e aos colaboradores que sofrem uma condição de saúde. Importa reforçar o perfil de amostra do presente estudo, onde a maioria dos colaboradores tem 45 ou mais anos e refere a presença de, pelo menos, uma condição de saúde, assim como ter desenvolvido doenças/lesões decorrente da atividade profissional, provocada por agentes físicos. De facto, Assunção (2003) sugere que o trabalho repetitivo apresenta correlação direta com o estado de saúde dos colaboradores, como é o caso do tipo de trabalho em estudo, no qual se verificam frequentes levantamentos de peso para mobilização e transferência de pessoas dependentes, posturas inadequadas e flexões da coluna vertebral (Marziale & Carvalho, 1998). Já a Eurofound (2012) evidencia que a deterioração do estado de saúde dos colaboradores acentua-se no período etário entre os 40 e os 60 anos, sendo influenciado pelas condições e características laborais, tais como a falta de flexibilidade de horário, as posições dolorosas, a fraca perspectiva de carreira e a ausência de suporte social.

A questão do género é evidenciada por Walsh *et al.* (2004), num estudo que procurou avaliar o impacto de fatores pessoais, do trabalho e da lesão da capacidade funcional dos trabalhadores e no qual as mulheres apresentavam menor capacidade para o trabalho. A associação entre o género e a capacidade funcional para o trabalho é complexa (Walsh *et al.*, 2004), sugerindo-se, contudo, que as mulheres tendem a apresentar maiores índices de ocorrências de lesões musculoesqueléticas (Coury, Porcatti, Alem & Oishi, 2002). A variável *idade* não apresenta, neste estudo, correlações estatisticamente significativas com as percepções ao nível da saúde e bem-estar. De facto, Berg *et al.* (2009) e Ilmarinen (2012) sugerem que a *idade* é um dos fatores associados à fraca capacidade funcional para o trabalho, o que poderá comprometer a resposta dos colaboradores às exigências do trabalho (Berg *et al.*, 2009; WHO, 1993). Contudo, a capacidade funcional para o trabalho assume uma natureza multifatorial, pelo

facto de estar associada também a características individuais, ao estilo de vida, às exigências do trabalho e à condição física (Berg *et al.*, 2009). Como tal, a avaliação da capacidade funcional para o trabalho (e respetiva intervenção ao nível da GRH) não deve considerar apenas o fator *idade*, mas antes todos os fatores que a influenciam.

Neste sentido, os resultados do impacto percebido da atividade profissional dos colaboradores mais velhos, no contexto da paralisia cerebral, reforçam a necessidade de considerar, ao nível da gestão dos recursos humanos e da gestão da idade, a dimensão da saúde e bem-estar. Pereira *et al.* (2014) sugerem a criação de programas de formação, onde se incluam competências instrumentais e emocionais (e.g.: estratégias de *coping* para lidar com situações desafiantes). Berg *et al.* (2009), por sua vez, defendem a criação de programas de promoção da saúde, que visem manter, promover e otimizar o desempenho e a participação da força laboral mais velha.

6.3.2.2. Perceção dos AAD's/AEAPD sobre as práticas de GRH

No que concerne à perceção deste grupo profissional acerca das práticas de GRH, os resultados indiciam, numa primeira estância, que existe uma relação entre o grau de conhecimento das mesmas e o impacto percebido da atividade profissional – isto é, quanto menor for o grau de conhecimento das práticas de GRH, pior é o impacto percebido da atividade profissional, nomeadamente ao nível do bem-estar, da fadiga e desgaste emocional e no risco acrescido para o desenvolvimento de doenças. Desta forma os resultados reforçam o papel e impacto das políticas e práticas de GRH no comportamento das pessoas na organização, possivelmente com efeito no seu desempenho, saúde e bem-estar (Schalk *et al.*, 2010).

Quanto às práticas de GRH que os trabalhadores mais percecionam nas suas organizações surge em destaque a *avaliação de desempenho*, tal como evidenciado também por Pinto *et al.* (2015) – estes autores sugerem que esta prática possibilita a utilização de ferramentas específicas de avaliação que, frequentemente, se traduzem em consequências para os trabalhadores, sendo uma das práticas mais eficazes (formal e informalmente). Adicionalmente, a maioria dos colaboradores reconhece ainda o *desenvolvimento de ações de formação* e o respetivo *levantamento das necessidades de qualificação/formação*, resultados igualmente sugeridos por Pinto *et al.* (2015). Esta evidência poderá refletir a obrigatoriedade da formação contínua dos trabalhadores, prevista no Código de Trabalho Português (cf Artigo 130.º do Decreto-Lei n.º 7/2009 de 12 de fevereiro, 2009).

Em oposição, as práticas de GRH menor percecionadas pelos AAD's/AEAPD são os *programas de transição para a reforma* e a *organização do trabalho incluindo trabalho noturno fixo*. A entrada na

reforma pode refletir-se num momento particularmente sensível para o bem-estar psicológico e social dos indivíduos (Fonseca, 2012), na qual os seus efeitos são determinados, sobretudo, pela experiência individual de cada um (Sterns, Lax & Chang, 2009). A satisfação com a reforma tem sido associada a quatro características pessoais, nomeadamente a saúde, a remuneração, as atitudes e a preparação para a reforma. No âmbito da GRH, os programas formais de transição para a reforma têm surgido, ainda que com pouca expressividade (Sterns *et al.*, 2009), tal como evidenciado nos resultados do presente estudo.

No que concerne à importância atribuída às práticas de GRH, os resultados desta pesquisa sugerem que uma valorização, por parte dos cuidadores formais, de todas medidas enunciadas, com particular destaque o *desenvolvimento de ações de formação*, ao *levantamento das necessidades de qualificação/formação* e ao *desenvolvimento de programas de bem-estar*.

A formação destaca-se pela valorização atribuída, sobretudo pelos indivíduos com menor nível de qualificação, o que poderá refletir maior necessidade de qualificação destes profissionais para o desempenho das suas funções. Num estudo realizado por Pinto *et al.* (2015), as práticas de formação também surgem em destaque pelo grau de importância atribuído. Perspetivando o perfil dos cuidadores formais das APC's, verifica-se que estes têm, na sua maioria, uma escolaridade equivalente ao ensino secundário. Todavia, importa referir duas particularidades: por um lado, existe uma percentagem considerável de colaboradores cujo grau de escolaridade é equivalente ao 2.º ciclo do Ensino Básico; e, por outro lado, a maioria dos AADOs/AEAPD não têm formação específica na área da deficiência. Deste modo, ainda que a valorização da formação (evidenciada nos resultados) contrarie outras considerações apresentadas na atual da literatura – por exemplo, sugerindo que os trabalhadores mais velhos poderão apresentar menor vontade para aprender (Eurofound, 2012; Ng & Feldman, 2012), particularmente a partir dos 40 anos (Eurofound, 2012) –, as qualificações dos cuidadores formais das APC's poderão ser, neste contexto, a justificação para essa contrariedade.

A importância que os trabalhadores mais velhos atribuem às práticas de GRH varia de acordo com a idade, decorrente das mudanças ao nível das necessidades dos mesmos e, consequentemente, da utilidade atribuída às práticas (Kooij *et al.*, 2008). No entanto, os resultados revelam que a importância atribuída às práticas varia de acordo com antiguidade do colaborador (na função e na instituição), e não com a sua idade cronológica. Desta forma, os colaboradores que se encontram há mais tempo na atual função e instituição tendem a valorizar o *investimento em ajudas técnicas*, a *avaliação da capacidade funcional para o trabalho* e os *programas de transição para a reforma*. Estes resultados refletem a existência de necessidades no plano da saúde e do bem-estar destes colaboradores, complementando a

descrição do impacto percebido da atividade profissional abordada anteriormente. De notar que os *produtos de apoio* (anteriormente designadas ajudas técnicas) são qualquer instrumento, equipamento ou sistema técnico, especialmente produzido ou disponível que previne, compensa, atenua ou neutraliza a limitação funcional ou de participação (cf. *Decreto-Lei n.º 93/2009 de 16 de abril do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social*, 2009). Considerando as funções desempenhadas pelos AAD's/AEAPD, o *investimento em ajudas técnicas* assume-se como uma medida preventiva para a redução do risco de lesões musculoesqueléticas (Inspeção Geral do Trabalho, 2007) e, como tal, valorizada por este grupo profissional.

A experiência profissional anterior no contexto da deficiência parece influenciar a valorização das práticas de GRH, particularmente no que concerne à *avaliação da capacidade funcional para o trabalho*, a *organização do trabalho por turnos* e a *avaliação do desempenho*. Importa referir que a variável *experiência profissional anterior na área da deficiência* se traduz na antiguidade dos colaboradores na função de apoio direto – ou outra – com este público-alvo e, como tal, representa um maior período de tempo no qual estes profissionais estão expostos às exigências deste trabalho. Esta poderá afigurar-se como uma das razões que justifica a valorização da avaliação da capacidade funcional para o trabalho, dado que esta é influenciada, não só pelo estilo de vida do colaborador, mas também pela condição física e exigências do trabalho (Berg *et al.*, 2009).

A *avaliação de desempenho* destaca-se ainda pela importância atribuída pelos trabalhadores mais velhos, essencialmente os que têm experiência profissional anterior na área da deficiência e que referem estar motivados para o desempenho das funções. No que concerne à idade, Pinto *et al.* (2015) também evidencia que a avaliação de desempenho é uma das práticas mais valorizadas pelos trabalhadores mais velhos, sobretudo pelo reconhecimento do trabalho que decorre desta prática (Armstrong-Stassen, 2008). No que se refere à motivação, de facto Pynes (2009) salienta a relação entre o desempenho e a motivação, uma vez que o desempenho do funcionário é determinado pelo nível de interação entre a sua capacidade e a motivação, sendo esta última influenciada por compensações internas e externas (Pynes, 2009).

Capítulo VII

CONCLUSÕES

O presente trabalho procurou compreender as práticas de gestão da idade e a sua relação com o paradigma do envelhecimento ativo nas APC's portuguesas. Para a prossecução deste objetivo, desenvolveram-se duas fases – exploratória/qualitativa e quantitativa – consubstanciadas em três estudos transversais, exploratórios e descritivos com objetivos específicos. A fase exploratória pretendeu identificar as práticas de gestão da idade das APC's e do impacto do envelhecimento no desempenho profissional através da avaliação qualitativa das perceções do grupo profissional de AAD's/AEAPD e dos órgãos de gestão. A segunda fase, através da aplicação dos inquéritos por questionário a gestores e aos AAD's/AEAPD das APC's, procurou captar tendências no que concerne às perceções de ambos grupos profissionais, por um lado, sobre as práticas de GRH no contexto das APC's e, por outro lado, sobre o impacto da atividade profissional em AAD's/AEAPD com idade igual ou superior a 45 anos.

São expostas, de seguida, as principais conclusões da presente dissertação, assim como as implicações para a gestão. Por fim, são apresentadas as limitações deste trabalho e sugestões para futuras pesquisas.

No que concerne à perceção da atividade profissional dos cuidadores formais com 45 ou mais anos de pessoas adultas com paralisia cerebral, os resultados deste estudo sugerem que este grupo profissional está particularmente suscetível ao desgaste físico e psicológico decorrente do exercício das suas funções. Se, por um lado, a gestão de topo perceciona esta atividade profissional como tendo impacto negativo no domínio da saúde – nomeadamente pela presença de limitação física, ao nível do desgaste físico e pelo risco acrescido para o desenvolvimento de doenças -, por outro lado, os próprios cuidadores formais reconhecem a exigência deste trabalho, com particular enfoque no cuidado prestado a pessoas adultas com paralisia cerebral. Consequentemente, e sobretudo pelo estudo qualitativo, este estudo evidencia alguma preocupação por parte dos colaboradores (cuidadores formais e órgãos diretivos) no que concerne ao aumento da idade destes profissionais, sendo associado ao comprometimento da capacidade funcional para o trabalho, assim como ao aumento das doenças profissionais.

A GRH nas APC's é assumida pela Direção – cujos cargos são assumidos por pessoas que se encontram vinculadas à organização a título voluntário – e pelas Direções Técnicas e de Serviços, sendo que apenas em duas APC's se confirma a existência da figura do *Diretor de Recursos Humanos*. No que concerne às práticas de GRH, evidencia-se que, ao nível do recrutamento, os gestores adotam tendencialmente o tipo misto, revelando alguma preocupação, por um lado, sobre as qualificações mínimas para integrar a função de AAD/AEAPD e, por outro lado, relativamente à *idade funcional* dos candidatos, sendo considerada a existência – ou não - de uma condição de saúde.

As práticas de GRH com maior expressão nas APC's concentram-se nos domínios da qualificação/desenvolvimento e saúde/ bem-estar, que se encontram refletidos nas dimensões da *gestão da idade* sugeridas por Casey, Metcalf e Lakey (1993 como citado por Walker, 2006), nomeadamente ao nível de (i) recrutamento, (ii) formação e desenvolvimento, (iii) práticas de trabalho flexíveis e (iv) ergonomia e perfil de funções. Já as práticas de *mentoria*, os *programas de transição para a reforma*, o *plano individual do colaborador*, a *rotatividade* e a *organização do trabalho incluindo trabalho noturno fixo* surgem em destaque pelo fraco investimento nas APC's.

No que concerne à importância atribuída às práticas de GRH, verifica-se uma valorização da generalidade das medidas, à exceção dos programas de transição para a reforma, desconsiderado por ambos os grupos. A requalificação, em caso de comprometimento funcional para as funções, é a medida eleita pela maioria dos órgãos diretivos, ainda que se equacione, por parte de alguns gestores, a possibilidade de reforma antecipada.

A reforma deste grupo profissional assume elevada pertinência pela exigência – física e emocional – inerente às funções dos cuidadores formais. Por um lado, remete para a importância de promover as condições de trabalho – passadas e atuais – destes trabalhadores (Barros *et al.*, 2015). Por outro lado, remete para a necessária promoção da sua saúde e segurança, dado que são dois domínios que constituem uma pré-condição para a sustentabilidade da vida profissional e para o envelhecimento ativo (e saudável) após a reforma (Eurostat, 2012).

A promoção do envelhecimento ativo no contexto de prestação de apoio direto nas APC's assume relevância, por um lado, pelo envelhecimento deste grupo profissional constituir um desafio e um dos principais problemas destas organizações. Por outro lado, porque se trata de uma atividade profissional com impacto percebido negativo ao nível da saúde destes colaboradores.

De facto, a saúde é um dos pilares que sustenta o conceito de *envelhecimento ativo*, necessária para a autonomia, a independência, a qualidade de vida e a esperança média de vida saudável (WHO, 2002). Assim, torna-se fundamental a promoção do envelhecimento ativo neste contexto particular, reconhecendo a necessidade de integrar as responsabilidades de todos os intervenientes (Walker, 2006) nos diferentes níveis de análise da gestão da idade – individual, organizacional e da política do mercado de trabalho macroeconómico (Fabisiak & Prokurat, 2012).

7.1. Implicações para a gestão

Reconhecendo o papel e o impacto das políticas e práticas de GRH no comportamento das pessoas, com possível efeito no desempenho, na saúde e bem-estar (Schalk *et al.*, 2010), torna-se

pertinente compreender o papel da GRH perante a especificidade do contexto de estudo. Os resultados sugerem uma reduzida tendência destas organizações para a gestão estratégica dos recursos humanos, considerando (i) a ausência de uma figura que assuma a responsabilidade pela gestão dos recursos humanos e baixas qualificações evidenciadas pelos elementos da Direção destas organizações; (ii) pela valorização de medidas, mas ausência de investimento nas mesmas (no caso do plano individual do colaborador); (iii) e pela disparidade das respostas dos gestores (da mesma organização) evidenciada, o que poderá sugerir que a GRH é influenciada pelas perceções, qualificações e perfil de cada gestor. De facto, a literatura sugere que a GRH efetuada pela maioria das organizações sem fins lucrativos tende a aproximar-se da vertente administrativa (Marcos, 2016; Ridder & McCandless, 2010), o que reflete organizações com ausente ou baixa orientação estratégica (Marcos, 2016).

Neste sentido, e considerando os resultados descritos ao nível da perceção do impacto da atividade profissional dos cuidadores formais com 45 ou mais anos de pessoas adultas com paralisia cerebral, este trabalho sustenta a necessidade de introduzir mudanças na GRH das APC's. O modelo analítico sugerido por Ridder e McCandless (2010) apresenta quatro categorias: administrativa, motivacional, orientada para os valores e estratégica. De reforçar que esta última inclui o desenvolvimento de práticas com maior orientação para a profissionalização (Marcos, 2016), considerado por Lengnick-Hall, Lengnick-Hall, Andrade e Drake (2009) como um modelo facilitador na concretização dos objetivos e missão da instituição e, como tal, criando vantagem competitiva. Face ao exposto, propõe-se a formação dos dirigentes ao nível da gestão estratégica dos recursos humanos nas associações de paralisia cerebral, considerando ser uma medida que impactará na qualidade dos serviços prestados.

7.2. Limitações da investigação

A presente investigação apresenta algumas limitações. No que concerne às questões de ordem metodológica, importa referir duas particularidades relativamente à amostra. Por um lado, entende-se que o número de participantes na fase exploratória é diminuto face ao universo de estudo – ainda que esta fase tenha tido como objetivo encontrar as variáveis importantes a incluir nos questionários para a fase precedente, teria sido interessante integrar as perceções do público-alvo (gestores e AAD's/AEAPD) de outras organizações, assim como diminuiria o possível enviesamento na investigação. Por outro lado, importa referir a conveniência da amostra desta fase, uma vez que o critério de inclusão das APC's se prendeu com a proximidade geográfica.

Uma outra limitação refere-se ao instrumento de recolha de dados utilizado na segunda fase do estudo – inquéritos por questionário aos gestores e AADs/AEAPD -, que não foi submetido a um processo de validação, colocando algumas reservas na replicação deste estudo.

7.3. Sugestões para futuras investigações

Em Portugal não existe trabalho científico que aborde a relação entre a gestão da idade e o envelhecimento ativo no contexto da paralisia cerebral. De igual forma, não existe literatura acerca das práticas de gestão da idade desenvolvidas pelas APC's. Assim, entende-se que esta investigação constitui um ponto de partida para a análise crítica desta temática, com enfoque (i) na especificidade das funções desempenhadas pelos AAD's/AEAPD no contexto da paralisia cerebral; (ii) no envelhecimento e comprometimento da CF para o trabalho destes profissionais no contexto de estudo e (iii) na identificação das práticas de gestão da idade praticadas pelas APC's.

Capítulo VIII

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akingbola, K. (2006). Strategy and HRM in nonprofit organizations: Evidence from Canada. *The International Journal of Human Resource Management*, 17(10), 1707–1725. <https://doi.org/10.1080/09585190600964350>
- Akingbola, K. (2013). A model of strategic nonprofit human resource management. *Voluntas*, 24, 214–240. <https://doi.org/10.1007/s11266-012-9286-9>
- Akpunne, B. C. (2015). Psycho-social factors and psychological wellbeing of formal caregivers. *European Journal of Humanities and Social Sciences*, 34(1).
- Almeida, V. (2012). *As instituições particulares de solidariedade social. Governação e terceiro setor*. Coimbra: Almedina.
- Alves, M. da P. (2016). *Avaliação de desempenho: uma ferramenta de gestão*. Lisboa: Escolar Editora.
- Appannah, A., & Biggs, S. (2015). Age-friendly organisations: The role of organisational culture and the participation of older workers. *Journal of Social Work Practice*, 29(1), 37–51. <https://doi.org/10.1080/02650533.2014.993943>
- Armstrong-Stassen, M. (2008). Organisational practices and the post-retirement employment experience of older workers. *Human Resource Management Journal*, 18(1), 36–53. <https://doi.org/10.1111/j.1748-8583.2007.00057.x>
- Armstrong-Stassen, M., & Ursel, N. D. (2009). Perceived organizational support, career satisfaction, and the retention of older workers. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 82, 201–220. <https://doi.org/10.1348/096317908X288838>
- Armstrong-Stassen, M., & Schlosser, F. (2008). Benefits of a supportive development climate for older workers. *Journal of Managerial Psychology*, 23(4), 419–437. <https://doi.org/10.1108/02683940810869033>
- Assunção, A. Á. (2003). Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(4), 1005–1018. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000400022>
- Australian Institute of Management. (2013). *Engaging and retaining older workers*. Sydney: Australian Institute of Management.
- Baltes, P. B., Reese, H. W., & Lipsitt, L. P. (1980). Life-span developmental psychology. *Annual Review of Psychology*, 31, 65–110. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.31.020180.000433>
- Barnett, K., Spoehr, J., & Parnis, E. (2008). Exploring the impact of an ageing workforce on the South Australian workers' compensation scheme. *The South Australian WorkCover Corporation*.
- Barros, C., Carnide, F., Cunha, L., Santos, M., & Silva, C. (2015). Will I be able to do my work at 60? An analysis of working conditions that hinder active ageing. *Work*, 51(3), 579–590.

<https://doi.org/10.3233/WOR-152011>

- Bartoldus, E., Gillery, B., & Sturges, P. J. (1989). Job-related stress and coping among home-care workers with elderly people. *Health & Social Work, 14*(3).
- Bax, M., Goldstein, M., Rosenbaun, P., Leviton, A., Paneth, N., Dan, B., ... Damiano, D. (2005). Proposed definition and classification of cerebral palsy, April 2005. *Developmental Medicine and Child Neurology, 47*(8), 571–576. <https://doi.org/10.1017/S001216220500112X>
- Berg, T. I. J. van den, Elders, L. A. M., Zwart, B. C. H., & Burdorf, A. (2009). The effects of work-related and individual factors the work ability index: A systematic review. *Occupational and Environmental Medicine, 66*(4), 211–220. <https://doi.org/10.1136/oem.2008.039883>
- Berg, T. van den, Schuring, M., Avendano, M., Mackenbach, J., & Burdorf, A. (2010). The impact of ill health on exit from paid employment in Europe among older workers. *Occupational and Environmental Medicine, 67*(12), 845–852. <https://doi.org/10.1136/oem.2009.051730>
- Beringuilho, F. A. R. (2013). *Quem cuida dos idosos? Formação e qualidade de vida de cuidadores formais de pessoas idosas*. (Master's thesis, Instituto Politécnico de Castelo Branco).
- Boletim do Trabalho e Emprego, n.º 31, Pub. L. No. Boletim do Trabalho e Emprego, ° 31, 22/8/2015 (2015).
- Brito, M. (2003). *Cuidar da pessoa idosa em casa: uma perspectiva dos prestadores de cuidados formais*.
- Brulin, C., Gerdle, B., Granlund, B., Höög, J., Knutson, A., & Sundelin, G. (1998). Physical and psychosocial work-related risk factors associated with musculoskeletal symptoms among home care personnel. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 12*(2), 104–110. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.1998.tb00483.x>
- Brulin, C., Winkvist, A., & Langendoen, S. (2000). Stress from working conditions among home care personnel with musculoskeletal symptoms. *Journal of Advanced Nursing, 31*(1), 181–189. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01209.x>
- Cabral, M. V., & Ferreira, P. M. (2013). *O envelhecimento activo em Portugal: Trabalho, reforma, lazer e redes sociais*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Caeiro, J. M. (2008). Economia social: conceitos, fundamentos e tipologia. *Revista Katálisis, 11*(1), 61–72.
- Campos, I. C. V. (2014). *Consequências do trabalho por turnos: A influência do sono no quotidiano dos trabalhadores por turnos*. (Master's thesis, Instituto Politécnico de Setúbal).
- Carneiro, B. G., Pires, E. D. O., Filho, A. D. D., & Guimarães, É. A. (2009). Perfil dos cuidadores de idosos de instituições de longa permanência e a prevalência de sintomatologia dolorosa. *ConScientiae*

- Saúde*, 8(1), 75–82. Retrieved from <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/929/92911751010.pdf>
- Casaca, S. F. (2005). Flexibilidade, emprego e relações de género: a situação de Portugal no contexto da União Europeia. In I. Kovács (Ed.), *Flexibilidade de emprego: riscos e oportunidades* (pp. 55–89). Oeiras: Celta Editora.
- Castanheira, C. M. G. do N. R. (2013). *Auxiliar de acção directa: um estudo sobre traços de personalidade, valores e satisfação profissional*. (Master's thesis, Universidade de Lisboa). Retrieved from <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/10398>
- Castle, N. G., Degenholtz, H., & Rosen, J. (2006). Determinants of staff job satisfaction of caregivers in two nursing homes in Pennsylvania. *BMC Health Services Research*, 6(1), 60. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-60>
- Cleveland, J. N., & Shore, L. M. F. (1992). Self and supervisory perspectives on age and work attitudes and performance. *Journal of Applied Psychology*, 77(4), 469–484. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.77.4.469>
- Colver, A., Fairhurst, C., & Pharoah, P. O. D. (2014). Cerebral palsy. *The Lancet*, 383(9924), 1240–1249. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61835-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61835-8)
- Combs, J. G., Liu, Y. Y., Hall, A., & Ketchen, D. (2006). How much do high-performance work practices matter? A meta-analysis of their effects on organizational performance. *Personnel Psychology*, 59, 501–528. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.2006.00045.x>
- Conen, W. S., Henkens, K., & Schippers, J. J. (2011). Are employers changing their behavior toward older workers? An analysis of employers' surveys 2000-2009. *Journal of Aging and Social Policy*, 23, 141–158. <https://doi.org/10.1080/08959420.2011.551612>
- Costa, S. F. (2002). Gestão de pessoas em instituições do terceiro setor: Uma reflexão necessária. *Revista Terra e Cultura*, 35, 40–58. Retrieved from <http://www.cursosavante.com.br/cursos/curso387/conteudo7710.pdf>
- Coury, H. J. C. G., Porcatti, I. A., Alem, M. E. R., & Oishi, J. (2002). Influence of gender on work-related musculoskeletal disorders in repetitive tasks. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 29(1), 33–39. [https://doi.org/10.1016/S0169-8141\(01\)00047-6](https://doi.org/10.1016/S0169-8141(01)00047-6)
- Crawford, J. O., Graveling, R. A., Cowie, H. A., & Dixon, K. (2010). The health safety and health promotion needs of older workers. *Occupational Medicine*, 60(3), 184–192. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqq028>
- Crompton, R., & Lyonette, C. (2006). Work-life “balance” in Europe. *Acta Sociologica*, 49(4), 379–393.

<https://doi.org/10.1177/0001699306071680>

Decreto-Lei n.º 119/83 de 25 de fevereiro do Ministério dos Assuntos Sociais, Pub. L. No. Diário da República: I série, º 46 (1983).

Decreto-Lei n.º 18/89 de 11 de janeiro do Ministério do Emprego e da Segurança Social, Pub. L. No. Diário da República: I Série, N.º 9 (1989). Retrieved from http://www.seg-social.pt/documents/10152/41178/DL_18_89/17a48f0c-b50f-414f-b213-fa20505821ba

Decreto-Lei n.º 7/2009 de 12 de fevereiro, Pub. L. No. Diário da República: I série, º 30 (2009).

Decreto-Lei n.º 93/2009 de 16 de abril do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, Pub. L. No. Diário da República: I série, º 74 (2009).

Dias, I., & Rodrigues, E. (2012). Demografia e sociologia do envelhecimento. In C. Paúl & Ó. Ribeiro (Eds.), *Manual de Gerontologia: aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa: Lidel.

Drury, E. (2001). A european code of good practice on age and employment (for older workers). *The Geneva Papers to Risk and Insurance*, 26(4), 611–622. <https://doi.org/10.1111/1468-0440.00143>

Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., & Sowa, D. (1986). Perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology*, 71(3), 500–507. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.75.1.51>

Estatística, I. N. de. (2018). Portal do Instituto Nacional de Estatística. Retrieved February 24, 2018, from https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_pesquisa&frm_accao=PESQUISAR&frm_show_page_num=1&frm_modos_pesquisa=PESQUISA_SIMPLES&frm_modos_texto=MODOS_TEXTO_ALL&frm_texto=indice+de+envelhecimento&frm_imgPesquisar=++

Eurofound. (2006). *Guide to good practice in age management*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Retrieved from <https://alpha2.latrobe.edu.au/validate?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=gnh&AN=113363&site=ehost-live&scope=site>

Eurofound. (2012). *Sustainable work and the ageing workforce*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Retrieved from https://www.eurofound.europa.eu/data/european-working-conditions-survey?locale=EN&dataSource=EWCS2016&media=png&width=740&question=y15_Q88&plot=euBars&countryGroup=linear&subset=agecat_3&subsetValue=All

Eurostat. (2012). *Active ageing and solidarity between generations: A statistical portrait of the European Union 2012*. Eurostat European Commission. <https://doi.org/10.4017/gt.2011.10.01.014.00>

- Fabisiak, J., & Prokurat, S. (2012). Age management as a tool for the demographic decline in the 21st century: An overview of its characteristics. *Journal of Entrepreneurship, Management and Innovation*, 8(4), 83–96.
- Fern, E. F. (2001). *Advanced focus group research*. California: Thousand Oaks.
- Fernandes, J. G. (2011). *A gestão de recursos humanos nas organizações sem fins lucrativos: O caso da APPACDM do Porto*. (Master's thesis, Universidade do Porto).
- Ferreira, S. N. M. dos S. (2013). *Qualidade de vida e saúde mental em cuidadores formais de idosos*. (Master's thesis, Universidade de Aveiro).
- Flick, U. (2002). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa: Monitor.
- Fonseca, A. M. (2012). Do trabalho à reforma: quando os dias parecem mais longos. *Sociologia, Revista Da Faculdade de Letras Da Universidade Do Porto, Número tem*, 75–95.
- Franco, R. C., Sokolowski, S. W., Hairel, E. M. H., & Salamon, L. M. (2005). *O sector não lucrativo português numa perspectiva comparada. Faculdade de Economia e Gestão da Universidade Católica Portuguesa & Johns Hopkins University*. Lisboa: Faculdade de Economia e Gestão da Universidade Católica Portuguesa/Johns Hopkins University.
- Freixo, M. J. V. (2010). *Metodologia científica: fundamentos, métodos e técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Hall, M. H., Andrukow, A., Barr, C., Brock, K., Wit, M., & Embuldeniya, D. (2003). *The capacity to serve: A qualitative study of the challenges facing Canada's non-profit and voluntary organizations*. Toronto: Canadian Centre for Philanthropy.
- Hansson, R. O., Dekoekkoek, P. D., Neece, W. M., & Patterson, D. W. (1997). Successful aging at work: annual review, 1992-1996. The older worker and transitions to retirement. *Journal of Vocational Behavior*, 51(2), 202–233. <https://doi.org/10.1006/jvbe.1997.1605>
- Henkens, K., & Schippers, J. (2012). Active ageing in Europe: the role of organisations. *International Journal of Manpower*, 33(6), 604–611. <https://doi.org/10.1108/01437721211261840>
- Hennekam, S., & Herrbach, O. (2015). The influence of age-awareness versus general HRM practices on the retirement decision of older workers. *Personnel Review*, 44(1), 3–21. <https://doi.org/10.1108/PR-01-2014-0031>
- Hill, M. M., & Hill, A. (2000). *Investigação por questionário* (1ª edição). Lisboa: Edições Sílabo.
- Ilmarinen, J. (2012). Promoting active ageing in the workplace. *European Agency for Safety and Health at Work*. Retrieved from <http://www.ipbscordoba.es/uploads/Documentos/promoting-active-ageing-in-the-workplace.pdf>
- Ilmarinen, J., Tuomi, K., & Klockars, M. (1997). Changes in the work ability of active employees as

- measured by the work index over an 11-year period. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 23(1), 49–57.
- Infante, M. A. F. M. (2016). *Ajudantes de ação direta : Necessidades em contexto institucional*. (Master's thesis, Universidade de Lisboa).
- Inspeção Geral do Trabalho. (2007). *Alivie a carga! Prevenção das lombalgias no sector dos Cuidados de Saúde*.
- Instituto Nacional de Estatística. (2018). População residente com deficiência. Retrieved from https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001225&contexto=bd&selTab=tab2
- Jackson, S. E., Schuler, R. S., & Rivero, J. C. (1989). Organizational characteristics as predictors of personnel practices. *Personnel Psychology*, 42(4), 727–786.
- James, J. B., Swanberg, J. E., & McKechnie, S. P. (2007). *Generational differences in perceptions of older worker's capabilities*. Center on Aging & Work/Workplace Flexibility at Boston College.
- Kooij, D., Lange, A. de, Jansen, P., & Dijkers, J. (2008). Older workers' motivation to continue to work: Five meanings of age. *Journal of Managerial Psychology*, 23(4), 364–394. <https://doi.org/10.1108/02683940810869015>
- Kooji, D. T. A. M. (2015a). Clarifying and discussing successful aging at work and the active role of employees. *Work, Aging and Retirement*, 1(4), 334–339. <https://doi.org/10.1093/workar/wav024>
- Kooji, D. T. A. M. (2015b). Successful aging at work: The active role of employees. *Work, Aging and Retirement*. <https://doi.org/10.1093/workar/wav018>
- Kooji, D. T. A. M., & Voorde, K. van de. (2015). Strategic HRM for older workers. In P. M. Bal, D. T. A. M. Kooij, & D. M. Rousseau (Eds.), *Aging Workers and the Employee-Employer Relationship*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-08007-9>
- Kumashiro, M. (2000). Ergonomics strategies and actions for achieving productive use of an ageing workforce. *Ergonomics*, 43(7), 1007–1018. <https://doi.org/10.1080/001401300409189>
- Lengnick-Hall, M. L., Lengnick-Hall, C. A., Andrade, L. S., & Drake, B. (2009). Strategic human resource management: The evolution of the field. *Human Resource Management Review*, 19(2), 64–85. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2009.01.002>
- Lopes, A., Marcos, V., & Parente, C. (2014). Entre o Estado e o terceiro sector: Modos de regulação. O terceiro sector português em foco. In C. Parente (Ed.), *Empreendedorismo Social em Portugal*. Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto.

- Marcos, V. (2016). A gestão de recursos humanos nas organizações não governamentais de cooperação para o desenvolvimento portuguesas: Uma análise interpretativa exploratória. *Sociologia, Revista Da Faculdade de Letras Da Universidade Do Porto, XXXII*, 61–81. <https://doi.org/10.21747/0872-3419/soc32a3>
- Marziale, M. H. P., & Carvalho, E. C. De. (1998). Condições ergonômicas do trabalho da equipe de enfermagem em unidade de internação de cardiologia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 6(1), 99–117. <https://doi.org/10.1590/S0104-11691998000100013>
- Matz-Costa, C. (2016). Productive aging in the workplace: Understanding factors that promote or impede subjective well-being at work. *Best Practices in Mental Health*, 12(2), 43–62. <https://doi.org/10.1037/t58719-000>
- McMullen, K., & Schellenberg, G. (2003). *Job quality in non-profit organizations*. Ottawa: Canadian Policy Research Networks.
- McMullen, K., & Schellenberg, G. (2002). *Mapping the non-profit sector*. Ottawa: Canadian Centre for Philanthropy.
- Monteiro, M. S., Ilmarinen, J., & Filho, H. R. C. (2006). Work ability of workers in different age groups in a public health institution in Brazil. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 12(4), 417–427. <https://doi.org/10.1080/10803548.2006.11076703>
- Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research. Qualitative Research Methods Series* (Vol. 16). Sage Publications. <https://doi.org/10.4135/9781412984287>
- Morris, S. (2000). Defining the nonprofit sector : Some lessons from history. *Voluntas*, 11(1), 25–43. <https://doi.org/10.1023/A:1008950915555>
- Morschhäuser, M., & Sochert, R. (2006). Healthy work in an ageing Europe: Strategies and instruments for prolonging working life. *Federal Association of Company Health Insurance Funds*. Retrieved from <https://www.tuc.org.uk/sites/default/files/PostponingThePension.pdf>
- MTSS. (2007). *Plano Nacional de Emprego: Estratégia Nacional de Envelhecimento Ativo*.
- Ng, T. W. ., & Feldman, D. C. (2008). The relationship of age to ten dimensions of job performance. *Journal of Applied Psychology*, 93(2), 392–423. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.93.2.392>
- Ng, T. W. ., & Feldman, D. C. (2012). Evaluating six common stereotypes about older workers with meta-analytical data. *Personnel Psychology*, 65(4), 821–858. <https://doi.org/10.1111/peps.12003>
- Nogueira, R. A. M. (2014). *Gestão de recursos humanos no terceiro setor: O caso das instituições particulares de solidariedade social*. (Master's thesis, Instituto Superior Miguel Torga).
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2018a). Elderly population indicator.

- Retrieved February 24, 2018, from <https://data.oecd.org/pop/elderly-population.htm>
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2018b). Labour force. Retrieved February 24, 2018, from <https://data.oecd.org/emp/labour-force.htm>
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2018c). Personal care workers. Retrieved February 24, 2018, from <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>
- Parente, C. (2012). Qualified employment in the third sector in Portugal. *Voluntas*, 23(1), 257–276. <https://doi.org/10.1007/s11266-011-9190-8>
- Pereira, S. A. S., Corte, A. E., & Marques, E. M. (2014). Dificuldades dos cuidadores formais de idosos institucionalizados. *International Journal of Development and Educational Psychology*, 1(2), 133–140. Retrieved from http://www.infad.eu/RevistaINFAD/2014/n2/volumen1/0214-9877_2014_2_1_133.pdf
- Phillipson, C. (2004). Older workers and retirement: Critical perspectives on the research literature and policy implications. *Social Policy & Society*, 3(2), 189–195. <https://doi.org/10.1017/S1474746403001659>
- Pinto, A., Ramos, S., & Nunes, S. (2015). Managing an aging workforce: What is the value of human resource management practices for different age groups of workers? *TÉKHNE - Review of Applied Management Studies*. <https://doi.org/10.1016/j.tekhne.2015.01.007>
- Pinto, M. (2012). *Estudo das condições de trabalho dos ajudantes de ação direta em estabelecimento de apoio social*. (Master's thesis, Universidade do Porto).
- Pordata. (2018a). Esperança de vida à nascença: total e por sexo. Retrieved June 7, 2018, from [https://www.pordata.pt/Portugal/Esperança+de+vida+à+nascença+total+e+por+sexo+\(base+trienio+a+partir+de+2001\)-418](https://www.pordata.pt/Portugal/Esperança+de+vida+à+nascença+total+e+por+sexo+(base+trienio+a+partir+de+2001)-418)
- Pordata. (2018b). Índice sintético de fecundidade. Retrieved February 24, 2018, from <https://www.pordata.pt/Municipios/Índice+sintético+de+fecundidade-739>
- Portaria n.º 59/2015 de 02 de março do Ministério da Solidariedade, Emprego e Solidariedade Social, Pub. L. No. Diário da República: I série, ° 42 (2015). Retrieved from http://www.seg-social.pt/documents/10152/10193410/Port_59_2015.pdf/a83a4500-9726-4ae6-a108-2f11b295ea5b
- Pynes, J. E. (2009). *Human resources management for public nonprofit organizations: A strategic approach* (3th ed.). San Francisco: John Wiley & Sons, Inc.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais* (2ª edição). Paris: Gradiva - Publicações, LDA.

- Ramos, I. da S., & Gelinski, C. R. O. G. (2004). Emprego no Terceiro Setor: opção profissional ou alternativa à crise do mercado de trabalho? In *IV Congresso Virtual Brasileiro de Administração*.
- Rhoades, L., & Eisenberger, R. (2002). Perceived organizational support: A review of the literature. *Journal of Applied Psychology*, 87(4), 698–714. <https://doi.org/10.1037//0021-9010.87.4.698>
- Ribeiro, M. T. D. F., Ferreira, R. C., Ferreira, E. F., Magalhães, C. S. De, & Moreira, A. N. (2008). Perfil dos cuidadores de idosos nas instituições de longa permanência de Belo Horizonte, MG. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(4), 1285–1292. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000400025>
- Ridder, H. G., & McCandless, A. (2010). Influences on the architecture of human resource management in nonprofit organizations: An analytical framework. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 39(1), 124–141. <https://doi.org/10.1177/0899764008328182>
- Ridder, H. G., Piening, E. P., & Baluch, A. M. C. (2012). The third way reconfigured: How and why nonprofit organizations are shifting their human resource management. *Voluntas*, 23(3), 605–635. <https://doi.org/10.1007/s11266-011-9219-z>
- Robson, S. M., & Hansson, R. (2007). Strategic self development for successful aging at work. *The International Journal of Aging and Human Development*, 64(4), 331–359. <https://doi.org/10.2190/Q303-171U-7686-8517>
- Rodrigues, C. A. de L. (2014). *Perfil dos cuidadores formais de idosos e motivos para a função: um estudo de caso*. (Master's thesis, Instituto Politécnico de Bragança). Retrieved from <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1141>
- Rožman, M., Treven, S., & Čančer, V. (2016). Stereotypes of older employees compared to younger employees in Slovenian companies. *Management: Journal of Contemporary Management Issues*, 21(2), 165–179. Retrieved from <http://hrcak.srce.hr/171240>
- Schalk, R., Veldhoven, M. van, Lange, A. H. de, Stamov-Roßnagel, C., Tordera, N., Heijden, B. van der, ... Zacher, H. (2010). Moving european research on work and ageing forward: Overview and agenda. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 19(1), 76–101. <https://doi.org/10.1080/13594320802674629>
- Schneider, R. H., & Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspetos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*, 25(4), 585–593. <https://doi.org/10.6020/1679-9844/2007>
- Selden, B. S., & Sowa, J. E. (2011). Management and appraisal in human service organizations: management and staff perspectives. *Public Personnel Management*, 40(3), 251–264. <https://doi.org/10.1177/009102601104000305>

- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Sousa, M. J., Gomes, J., Sanches, P. G., & Duarte, T. (2006). *Gestão de recursos humanos*. Lisboa-Porto: Lidel - Edições Técnicas, LDA.
- Stamov-Roßnagel, C., & Hertel, G. (2010). Older workers' motivation: Against the myth of general decline. *Management Decision*, 48(6), 894–906. <https://doi.org/10.1108/00251741011053451>
- Sterns, H. L., Lax, G. A., & Chang, B. (2009). Work and Retirement. In B. R. Bonder & V. D. Bello-Has (Eds.), *Functional Performance in Older Adults* (3rd ed., pp. 311–331). Philadelphia: E. A. David Company.
- Sterns, H. L., & Miklos, S. M. (1995). The aging worker in a changing environment: Organizational and individual issues. *Journal of Vocational Behavior*, 47(3), 248–268. <https://doi.org/10.1006/jvbe.1995.0003>
- Tavares, A. R. da S. (2012). *Análise de residências para pessoas com deficiência que envelhecem*. (Master's thesis, Universidade de Aveiro).
- Taylor, P., & Walker, A. (1998). Employers and older workers: Attitudes and employment practices. *Ageing and Society*, 18(6), 641–658.
- Teixeira, R., & Nascimento, I. (2011). Conciliação trabalho-família: contribuições de medidas adotadas por organizações portuguesas. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 12(2), 215–225.
- Tillsley, C., & Taylor, P. (2017). Managing the third age workforce: A review and agenda for research. In I. Glover & M. Branine (Eds.), *Ageism in work and employment*. New York: Routledge Revivals.
- Torrão, A. M. C. E. (2010). *O bem-estar subjetivo das ajudantes de lar*. (Master's thesis, Universidade do Algarve). Retrieved from https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/1655/1/O_Bem-Estar_Subjetivo_das_Ajudantes_de_Lar.pdf
- Truxillo, D. M., Cadiz, D. M., Rineer, J. R., Zaniboni, S., & Fraccaroli, F. (2012). A lifespan perspective on job design: Fitting the job and the worker to promote job satisfaction, engagement, and performance. *Organizational Psychology Review*, 2(4), 340–360. <https://doi.org/10.1177/2041386612454043>
- United Nations, D. of E. and S. A. P. D. (2015). *World population ageing 2015*. (ST/ESA/SER.A/390). Retrieved from http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf%5Cnwww.un.org/.../population/.../WPA2009/WPA2009
- Valente Rosa, M. J., & Chitas, P. (2010). *Portugal: Os números*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Veiga, L., & Gondim, S. M. G. (2001). A utilização de métodos qualitativos na Ciência Política e no

- Marketing Político. *Opinião Pública*, 7(1), 1–15. <https://doi.org/10.1590/S0104-62762001000100001>
- Vicente, M. A. de A. F. (2013). *O género nas estruturas organizacionais: A diferenciação entre homens e mulheres na ocupação de funções, no acesso ao poder e nos salários* (No. 153/2013). Centro de Investigação e Estudos de Sociologia. Lisboa. Retrieved from http://cies.iscte-iul.pt/np4/?newsId=453&fileName=CIES_WP153_Vicente.pdf
- Virella, D., Folha, T., Andrada, M. da G., Cadete, A., Gouveia, R., Gaia, T., ... Calado, E. (2017). *Vigilância Nacional da Paralisia Cerebral aos 5 anos* (2ª Edição). Federação das Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral. Retrieved from <http://www.spp.pt/conteudos/default.asp?ID=141>
- Walker, A. (2005). The emergence of age management in Europe. *International Journal of Organisational Behaviour*, 10(1), 685–697.
- Walker, A. (2006). Active ageing in employment: It's meaning and potential. *Asia-Pacific Review*, 13(1), 78–93. <https://doi.org/10.1080/13439000600697621>
- Walsh, I. A. P., Corral, S., Franco, R. N., Canetti, E. E. F., Alem, M. E. R., & Coury, H. J. C. G. (2004). Capacidade para o trabalho em indivíduos com lesões músculo-esqueléticas crônicas. *Revista de Saúde Pública*, 38(2), 149–156. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000200001>
- World Health Organization. (1993). *Vieillesse et capacité de travail: Rapport d'un groupe d'étude de l'OMS*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework*. World Health Organization. Geneva: World Health Organization. <https://doi.org/10.1080/713604647>
- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. World Health Organization. Luxembourg: World Health Organization. <https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
- Yeandle, S. (2005). *Older workers and work – life balance*.
- Zacher, H. (2015). Successful aging at work. *Work, Aging and Retirement*, 1(1), 4–25. <https://doi.org/10.1093/workar/wau006>
- Zimmerman, S., Williams, C. S., Reed, P. S., Boustani, M., Preisser, J. S., Heck, E., & Sloane, P. D. (2005). Attitudes, stress, and satisfaction of staff who care for residents with dementia. *The Gerontologist*, 45(1), 96–105. https://doi.org/10.1093/geront/45.suppl_1.96

Anexos

ANEXO A. Guião da entrevista exploratória (Gestão de Topo)

Objetivo da Entrevista: efetuar um primeiro contacto com uma associação de paralisia cerebral, onde se pretende obter um conhecimento exploratório junto dos Órgãos de gestão de topo, tendo por base a temática do estudo “*Gestão de Idade e envelhecimento ativo: a realidade das associações de paralisia cerebral em Portugal*”, de modo a identificar os principais domínios e variáveis do estudo, para construção de um inquérito a aplicar numa fase posterior do trabalho.

Protocolo da Entrevista:

- Apresentação institucional e do objeto de estudo;
- Solicitar autorização para gravar entrevista;
- Garantir o anonimato do entrevistado.

1. Caracterização das funções que desempenha na organização e há quanto tempo.

2. Caracterização da estrutura organizacional, nos seguintes domínios:

- 2.1.** Seções e departamentos;
- 2.2.** Gestão da qualidade;
- 2.3.** Gestão dos recursos humanos.

3. Caracterização do papel da organização, em termos de práticas e indicadores de gestão de recursos humanos, relativamente aos seguintes domínios:

- 3.1.** Recrutamento e seleção dos AAD's;
- 3.2.** Conhecimento das dificuldades sentidas dos profissionais AAD's;
- 3.3.** Desgaste físico e emocional inerente às funções desempenhadas pelos AAD's;
- 3.4.** Promoção de saúde e prevenção da doença;
- 3.5.** Conciliação entre a vida profissional e pessoal/familiar
- 3.6.** Capacidade funcional para o trabalho;
- 3.7.** Formação;
- 3.8.** Produtividade;
- 3.9.** Envelhecimento dos colaboradores.

4. Considerando o envelhecimento ativo numa perspetiva de desenvolvimento humano e que ocorre à medida que a pessoa envelhece (onde se inclui a idade ativa), qual é a perspetiva relativamente à:

- 4.1.** Responsabilidade da organização (Direção, chefias);
- 4.2.** Responsabilidade do profissional AAD;
- 4.3.** Importância por parte da organização face ao potencial do profissional ao longo do seu percurso laboral;
- 4.4.** Participação dos colaboradores mais velhos no acolhimento e integração dos recém-chegados;
- 4.5.** Importância e medidas tomadas pela organização relativamente à conciliação entre a vida profissional e pessoal;
- 4.6.** Importância e medidas tomadas pela organização relativamente à transição da idade ativa-reforma;
- 4.7.** Distinção ou semelhança relativamente a esta temática, comparativamente com outras organizações de economia social.

ANEXO B. Guião da entrevista exploratória (AAD's/AEAPD)

Objetivo da Entrevista: efetuar um primeiro contacto com uma associação de paralisia cerebral, onde se pretende obter um conhecimento exploratório junto das (os) Ajudantes de Ação Direta, tendo por base a temática do estudo “*Gestão de Idade e envelhecimento ativo: a realidade das associações de paralisia cerebral em Portugal*”, de modo a identificar os principais domínios e variáveis do estudo, para construção de um inquérito a aplicar numa fase posterior do trabalho.

Protocolo da Entrevista:

- Apresentação institucional e objeto de estudo;
- Solicitar autorização para gravar entrevista;
- Garantir o anonimato do entrevistado.

1. Caracterização das funções que desempenha na organização

- 1.1.** Perfil de funções;
- 1.2.** Horário de trabalho;

2. Vínculo laboral | Percurso

- 2.1.** Há quanto tempo trabalha na organização
- 2.2.** Tipo de contratação
- 2.3.** Percurso profissional – exerceu outras funções dentro e fora da organização
- 2.4.** Motivações para o exercício da atual profissão;

3. Perceção da atividade | Avaliação

- 3.1.** Principais dificuldades sentidas no exercício da profissão;
- 3.2.** Compensador versus desgaste físico, emocional e mental
- 3.3.** Impacto no seu processo de envelhecimento
- 3.4.** Perspetivas de evolução na carreira [onde se imagina daqui a 10 anos?];

4. Perceção quanto à organização no que se refere às práticas de gestão de recursos humanos, relativamente aos seguintes domínios:

- 4.1.** Fator “idade” no processo de recrutamento e seleção;
- 4.2.** Promoção da saúde versus prevenção da doença;
- 4.3.** Promoção de medidas de formação e esclarecimento;
- 4.4.** Transferência de competências dos trabalhadores mais velhos para recém-chegados;
- 4.5.** Capacidade funcional para o trabalho;
- 4.6.** Medidas que visem maior produtividade;
- 4.7.** Flexibilidade de horários, outras medidas;

- 4.8. Apoio na conciliação entre a vida profissional e pessoal/familiar, na prestação de cuidados aos filhos e/ou familiares idosos a cargo
- 4.9. Ações orientadas para as questões relacionadas com o envelhecimento dos colaboradores.

5. Perceção das questões da idade ativa | Papel da organização

- 5.1. Importância das medidas relacionadas com a idade;
- 5.2. Importância da organização face ao seu potencial enquanto profissional;
- 5.3. Participação dos colaboradores mais velhos no acolhimento e integração dos recém-chegados;
- 5.4. Importância e medidas tomadas pela organização relativamente à conciliação entre a vida profissional e pessoal;
- 5.5. Importância e medidas da organização na transição da idade ativa-reforma;
- 5.6. O que poderia ser feito para promover o envelhecimento ativo?
- 5.7. Importância do trabalho na sua vida **[até quando?]**.

ANEXO C. Inquérito por questionário (Gestão de Topo)



Inquérito por Questionário

| Órgãos de Gestão de Topo |

Exmos.(as). Senhores(as),

O presente questionário enquadra-se no âmbito de uma investigação subordinada ao tema: Gestão da idade e envelhecimento ativo: a realidade das associações de paralisia cerebral, tendo como universo de estudo as associadas da Federação das Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral em Portugal, a apresentar na Escola de Economia e Gestão da Universidade do Minho. As respostas a este questionário são **anónimas**. Todas as informações prestadas e respetivo tratamento de dados são confidenciais, destinando-se única e exclusivamente ao trabalho académico. Não se pretende fazer qualquer identificação pessoal ou da instituição, pelo que apelamos a sua colaboração sincera.

A sua participação é **fundamental** para o sucesso desta investigação, pelo que solicitamos a sua resposta às seguintes questões, selecionando a opção correspondente ou respondendo por extenso sempre que lhe seja solicitado.

Desde já, o nosso muito obrigado pela sua colaboração.

Data: |__| |__| |__|

1. CARACTERIZAÇÃO DO INQUIRIDO

1.1. Sexo

☐ Masculino ☐ Feminino

1.2. Idade _____

1.3. NÍVEL DE ESCOLARIDADE

☐ ENSINO SECUNDÁRIO

☐ LICENCIATURA

☐ FORMAÇÃO PÓS-GRADUADA

☐ OUTRO: _____

1.4. ANOS NO ATUAL CARGO PROFISSIONAL NA ORGANIZAÇÃO

☐ ≤ 05 anos

☐ 06 – 15 ANOS

☐ 16 – 25 ANOS

☐ 26 – 35 ANOS

☐ + 35 ANOS

1.5. ANOS NA ORGANIZAÇÃO

☐ ≤ 05 anos

☐ 06 – 15 ANOS

☐ 16 – 25 ANOS

☐ 26 – 35 ANOS

☐ + 35 ANOS

1.6. SITUAÇÃO PROFISSIONAL

☐ CONTRATO A TERMO

☐ EFETIVO

☐ OUTRO: _____

1.7. CARGO QUE OCUPA

☐ DIREÇÃO

☐ DIREÇÃO TÉCNICA

☐ GESTOR DE RECURSOS HUMANOS

☐ OUTRO: _____

2. CARACTERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO

2.1. Tempo de funcionamento da instituição

☐ | Abaixo de 4 anos

☐ | 4 a 15 anos

☐ | 16 a 35 anos

☐ | 36 a 50 anos

☐ | acima de 50 anos

2.2. RESPOSTAS SOCIAIS DA INSTITUIÇÃO

ASSINALAR TODAS AS OPÇÕES QUE SE APLICAM

☐ | CRECHE

☐ | CENTRO DE ATIVIDADES DE TEMPOS LIVRES

☐ | LAR DE INFÂNCIA E JUVENTUDE

☐ | APARTAMENTO DE AUTONOMIZAÇÃO

☐ | CASA DE ACOlhIMENTO TEMPORÁRIO

☐ | CENTRO DE CONVÍVIO

☐ | CENTRO DE DIA

☐ | CENTRO DE NOITE

☐ | LAR DE IDOSOS

☐ | RESIDÊNCIA

☐ | LAR RESIDENCIAL

☐ | CENTRO DE ATIVIDADES OCUPACIONAIS

☐ | RESIDÊNCIA AUTÓNOMA

☐ | CENTRO DE ATENDIMENTO

☐ | FÓRUM SOCIO OCUPACIONAL

☐ | CASA DE ABRIGO

☐ | CENTRO COMUNITÁRIO

☐ | SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO

☐ | APARTAMENTO DE REINserÇÃO SOCIAL

☐ | RESIDÊNCIA PARA PESSOAS COM VHI/SIDA

☐ | CENTRO DE ALOJAMENTO TEMPORÁRIO E COMUNIDADE DE INserÇÃO

☐ | UNIDADES DE VIDA PROTEGIDA, AUTÓNOMA E APOIADA

2.3. Total de colaboradores na instituição

☐ | ≤ 50

☐ | 50 a 150

☐ | 151 a 250

☐ | > 250

2.4. Total de Ajudantes de Ação Direta/ Ajudantes de Estabelecimento de Apoio a Pessoas com

Deficiência:

☐ | ≤ 50

☐ | 50 a 150

☐ | 151 a 250

☐ | > 250

2.5. Total de Ajudantes de Ação Direta/ Ajudantes de Estabelecimento de Apoio a Pessoas com Deficiência com idade igual ou superior a 45 anos: _____

2.6. A INSTITUIÇÃO TEM UM DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL PELA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS?

☐ | SIM

☐ | NÃO

2.7. QUEM ASSUME A RESPONSABILIDADE DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS?

ASSINALAR TODAS AS OPÇÕES QUE SE APLICAM

☐ | DIREÇÃO

☐ | DIREÇÃO TÉCNICA

☐ | DIRETOR DE RECURSOS HUMANOS

☐ | ENTIDADE EXTERNA

☐ | DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO

☐ | OUTRO: _____

3. RECRUTAMENTO E SELEÇÃO DOS AAD/ AJUDANTES DE ESTABELECIMENTO DE APOIO A PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

3.1. Qual é o tipo de recrutamento mais utilizado pela instituição?

☐ | RECRUTAMENTO EXTERNO (CANDIDATOS EXTERNOS À INSTITUIÇÃO)

☐ | RECRUTAMENTO INTERNO (FUNCIONÁRIOS DA INSTITUIÇÃO)

☐ | RECRUTAMENTO MISTO (CANDIDATOS EXTERNOS E FUNCIONÁRIOS DA INSTITUIÇÃO)

3.2. Qual é a fonte de recrutamento interno utilizada?

☐ | TRANSFERÊNCIA DENTRO DA INSTITUIÇÃO

☐ | PROMOÇÃO

☐ | RECONVERSÃO (I.E.: PROMOVER AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS PARA OCUPAR NOVOS LUGARES)

☐ | NÃO UTILIZAMOS RECRUTAMENTO INTERNO

3.3. Quais são os métodos de seleção utilizados?

ASSINALAR TODAS AS OPÇÕES QUE SE APLICAM

☐ | ANÁLISE DE CURRÍCULUM VITAE

☐ | REFERÊNCIAS PROFISSIONAIS

☐ | ENTREVISTA ESTRUTURADA

☐ | ENTREVISTA NÃO ESTRUTURADA

☐ | TESTES PSICOTÉCNICOS

☐ | EXERCÍCIOS PRÁTICOS EM GRUPO (FOCUS GROUP)

- ☐ | TESTES DE PERSONALIDADE ☐ | ENTREVISTA EM GRUPO
- ☐ | GRAFOLOGIA
- ☐ | ASSESSMENT CENTRES – CENTROS DE AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS
- ☐ | TESTE DE COMPETÊNCIAS NECESSÁRIAS AO DESEMPENHO DA FUTURA FUNÇÃO
- ☐ | OUTRO: _____

3.4. Selecione os pré-requisitos que a organização considera no processo de recrutamento de um AAD/ Ajudante de Estabelecimento de Apoio a Pessoas com Deficiência

3.4.1. Limite de idade ☐ | Sim ☐ | Não

3.4.1.1. Se sim, qual é o limite mínimo? _____

3.4.1.2. Se sim, qual é o limite máximo? _____

3.4.2. Dados antropométricos ☐ | Sim ☐ | Não

3.4.3. Condições de saúde ☐ | Sim ☐ | Não

3.4.3.1. Se sim, indique quais:

Assinalar todas as opções que se aplicam

- ☐ | HIPERTENSÃO ARTERIAL
- ☐ | DIABETES
- ☐ | PATOLOGIAS OSTEOARTICULARES (ANCA, JOELHO)
- ☐ | ESPONDILOARTROSE (I.E.: TIPO DE ARTROSE NA COLUMNA)
- ☐ | PATOLOGIA CARDIOVASCULAR
- ☐ | PATOLOGIA RESPIRATÓRIA
- ☐ | CANCRO
- ☐ | DEPRESSÃO
- ☐ | ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS
- ☐ | OUTRA: _____

3.4.4. Consumo de substâncias ☐ | Sim ☐ | Não

3.4.5. Nível de escolaridade mínimo ☐ | Sim ☐ | Não

3.4.5.1. Se sim, indique qual: _____

3.4.6. QUALIFICAÇÃO ESPECÍFICA

|__| Sim

|__| Não

3.4.6.1. Se sim, indique quais:*Assinalar todas as opções que se aplicam*

|__| AGENTE EM GERIATRIA

|__| ASSISTENTE FAMILIAR E DE APOIO À COMUNIDADE

|__| TÉCNICO AUXILIAR DE SAÚDE

|__| TÉCNICO DE APOIO FAMILIAR E À COMUNIDADE

|__| TÉCNICO DE GERIATRIA

|__| OUTRA: _____

4. PRÁTICAS DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

4.1. Na sua opinião, com que frequência as seguintes situações se verificam na prática profissional dos AAD's/ Ajudantes de Estabelecimento de Apoio a Pessoas com Deficiência da sua organização?

	Nunca	Raramente	Frequentemente	Muito Frequentemente
Maior esforço na conciliação/gestão familiar e laboral				
Menor participação em atividades sociais				
Queixas subjetivas na redução do bem-estar				
Risco acrescido no desenvolvimento de doenças como consequências das funções desempenhadas				
Fadiga/ desgaste emocional				
Perturbações do sono				
Desgaste físico				
Menor envolvimento no desempenho das funções				
Limitação física para o desenvolvimento das funções				
Falta de formação específica para o desempenho das funções				
Absentismo (i.e.: faltar ao trabalho)				
Outra:				

4.2. Das seguintes ações, indique aquelas que foram adotadas pela organização, durante o último ano, especificamente para os AAD's/ Ajudantes de Estabelecimento do Apoio a Pessoas com Deficiência:

	Sim	Não
Rotatividade entre serviços		
Mentoria		
Avaliação de desempenho		
Plano Individual do colaborador		
Desenvolvimento de ações de formação		
Se sim, indique quais:		
Levantamento das necessidades de qualificação/formação		
Investimento em ajudas técnicas		
Desenvolvimento de programas de bem-estar		
Se sim, indique quais:		
Avaliação da capacidade funcional para o trabalho		
Programas de transição para a reforma		
Organização do horário incluindo trabalho noturno fixo		
Organização do horário incluindo trabalho por turnos		
Flexibilidade de horários		
Práticas de conciliação pessoal e familiar		
Se sim, indique quais:		
Requalificação		

4.3. Indique o **grau de importância** que atribui a cada uma das práticas assinaladas, enquanto facilitadoras na realização das atividades dos AAD's/ Ajudantes de Estabelecimento do Apoio a Pessoas com Deficiência e na obtenção de melhores resultados individuais:

	Muito Importante	Importante	Pouco Importante	Nada Importante
Rotatividade entre serviços				
Mentoria				
Avaliação de desempenho				
Plano Individual do colaborador				
Desenvolvimento de ações de formação				
Levantamento das necessidades de qualificação/formação				
Investimento em ajudas técnicas				
Desenvolvimento de programas de bem-estar				
Avaliação da capacidade funcional para o trabalho				
Programas de transição para a reforma				
Organização do horário incluindo trabalho noturno fixo				
Organização do horário incluindo trabalho por turnos				
Flexibilidade de horários				
Práticas de conciliação pessoal e familiar				
Requalificação				

4.4. Quando existe um impedimento, por parte do colaborador, para desempenhar as funções de apoio direto, qual é a medida adotada pela organização?

ASSINALAR TODAS AS OPÇÕES QUE SE APLICAM

☐ REQUALIFICAÇÃO ☐ DESPEDIMENTO ☐ REFORMA ANTECIPADA
☐ OUTRA: _____

4.5. Nos últimos 10 anos, algum AAD/ Ajudante de Estabelecimento de Apoio a Pessoas com Deficiência saiu da organização devido à incapacidade para execução das funções?

☐ SIM ☐ NÃO

4.5.1. SE SIM, QUE TIPO DE INCAPACIDADE?

4.6. NO ANO DE 2016, QUANTAS BAIXAS DE AAD/ AJUDANTE DE ESTABELECIMENTO DE APOIO A PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FORAM REGISTADAS NA ORGANIZAÇÃO? _____

4.7. Do número de baixas registadas, quantas foram consequentes da ausência ou inadequada utilização de ajudas técnicas? _____

Obrigada pela colaboração!

ANEXO D. Inquérito por questionário (AAD's/AEAPD)



Inquérito por Questionário

| Ajudantes de Ação Direta |

| Ajudantes de Estabelecimento do Apoio a Pessoas com Deficiência |

Exmos.(as). Senhores(as),

O presente questionário enquadra-se no âmbito de uma investigação que está a ser realizada na Escola de Economia e Gestão da Universidade do Minho sobre as medidas de gestão de idade implementadas nas associações de paralisia cerebral em Portugal, tendo como universo de estudo as associadas da Federação das Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral (FAPPC).

É neste contexto que vimos convidá-lo(a) a participar neste estudo. Caso queira participar, agradecemos.

Não há respostas certas ou erradas, apenas procuramos respostas sinceras a todas as perguntas colocadas. O questionário é **anónimo e confidencial**, e os dados recolhidos serão apenas utilizados para **fins académicos**.

Sinta-se à vontade para expressar a sua opinião sobre vários aspetos. Procure, por favor, responder a todas as questões, e para cada pergunta apenas **UMA resposta** na escala. Se eventualmente se enganar a assinalar a sua resposta, risque essa resposta e marque a que pretende. Quando tiver o documento preenchido, por favor, coloque-o no envelope e, depois de fechado, entregue-o à pessoa responsável pela recolha de dados.

Desde já, o nosso muito obrigado pela sua colaboração.

Data: |__| |__| |__|

1. CARACTERIZAÇÃO DO INQUIRIDO

1.1. Sexo

☐ Masculino ☐ Feminino

1.2. Idade _____

1.3. Estado Civil

☐ Solteiro ☐ Casado ☐ União de Facto ☐ Viúvo ☐ Divorciado

1.4. Número de filhos

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ mais de 3

1.5. SOFRE DE ALGUMA CONDIÇÃO DE SAÚDE?

☐ SIM ☐ NÃO

1.5.1. SE SIM, QUAL?

PODE ASSINALAR MAIS DO QUE UMA OPÇÃO.

☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL

☐ DIABETES

☐ PATOLOGIAS OSTEOARTICULARES (ANCA, JOELHO)

☐ ESPONDILOARTROSE (I.E.: TIPO DE ARTROSE NA COLUNA)

☐ PATOLOGIA CARDIOVASCULAR

☐ PATOLOGIA RESPIRATÓRIA

☐ CANCRO

☐ DEPRESSÃO

☐ ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

☐ OUTRA: _____

1.6. NÍVEL DE ESCOLARIDADE

☐ 4.º ANO DE ESCOLARIDADE (1.º CICLO DO ENSINO BÁSICO)

☐ 6.º ANO DE ESCOLARIDADE (2.º CICLO DO ENSINO BÁSICO)

☐ 12.º ANO DE ESCOLARIDADE (ENSINO SECUNDÁRIO)

☐ CURSO TECNOLÓGICO/PROFISSIONAL (EQUIVALÊNCIA AO 12.º ANO)

☐ ENSINO SUPERIOR

☐ FORMAÇÃO PÓS-GRADUADA

1.7. TEM ALGUMA FORMAÇÃO ESPECIALIZADA PARA O ATUAL EXERCÍCIO DAS FUNÇÕES DE AAD?

|__| SIM |__| NÃO

1.7.1. SE SIM, INDIQUE QUAL: _____

1.8. A SUA ANTERIOR ATIVIDADE PROFISSIONAL FOI NA ÁREA DA DEFICIÊNCIA?

|__| SIM |__| NÃO

1.9. EXERCE OUTRA ATIVIDADE PROFISSIONAL?

|__| SIM |__| NÃO

1.10. ANOS NO ATUAL CARGO PROFISSIONAL NA ORGANIZAÇÃO

|__| ≤ 05 anos

|__| 06 – 15 ANOS

|__| 16 – 25 ANOS

|__| 26 – 35 ANOS

|__| + 35 ANOS

1.11. ANOS NA ORGANIZAÇÃO

|__| ≤ 05 anos

|__| 06 – 15 ANOS

|__| 16 – 25 ANOS

|__| 26 – 35 ANOS

|__| + 35 ANOS

1.12. SITUAÇÃO PROFISSIONAL

|__| CONTRATO A TERMO

|__| EFETIVO

|__| OUTRO: _____

1.13. EM QUE RESPOSTA SOCIAL EXERCE FUNÇÕES?

PODE ASSINALAR MAIS DO QUE UMA OPÇÃO.

|__| LAR RESIDENCIAL

|__| CENTRO DE ATIVIDADES OCUPACIONAIS

|__| OUTRO: _____

1.14. REGIME DE TRABALHO

☐ | HORÁRIO FIXO

☐ | POR TURNOS

1.14.1. SE INDICOU O TRABALHO POR TURNOS, INDIQUE QUANTOS TURNOS: _____

1.15. ANOS NO ATUAL REGIME DE TRABALHO

☐ | ≤ 05 anos

☐ | 06 – 15 ANOS

☐ | 16 – 25 ANOS

☐ | 26 – 35 ANOS

☐ | + 35 ANOS

1.16. JÁ ESTEVE ALGUMA VEZ DE BAIXA OU AUSENTE DO TRABALHO?

☐ | SIM

☐ | NÃO

1.16.1. SE SIM, QUANTOS DIAS? _____

1.16.2. SE SIM, PORQUE MOTIVO?

1.17. SOFRE OU JÁ SOFREU ALGUMA DOENÇA OU LESÃO POR MOTIVOS PROFISSIONAIS?

☐ | SIM

☐ | NÃO

1.17.1. SE SIM, INDIQUE O TIPO DE DOENÇA.

É POSSÍVEL ASSINALAR MAIS DO QUE UMA OPÇÃO.

☐ | DOENÇAS PROVOCADAS POR AGENTES QUÍMICOS (E.G.: CONJUNTIVITE)

☐ | DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO (E.G.: ASMA PROFISSIONAL, INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA)

☐ | DOENÇAS CUTÂNEAS (E.G.: DERMITE DE CONTACTO IRRITATIVA, URTICÁRIA)

☐ | DOENÇAS PROVOCADAS POR AGENTES FÍSICOS (E.G.: LESÃO DO MENISCO, TENDINITES)

☐ | DOENÇAS INFECCIOSAS OU PARASITÁRIAS (E.G.: TUBERCULOSE, MENINGITE)

☐ | TUMORES

☐ | MANIFESTAÇÕES ALÉRGICAS DAS MUCOSAS

2. PRÁTICAS DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

2.1. No exercício da minha atividade profissional:

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Tenho que fazer um grande esforço na conciliação/gestão familiar e laboral					
Participo pouco em atividades sociais					
Sinto uma diminuição do meu bem-estar					
Tenho um risco acrescido para o desenvolvimento de doenças como consequência das minhas funções					
Sinto fadiga e desgaste emocional					
Tenho alterações da qualidade/quantidade do sono					
Sinto desgaste físico					
Estou motivado para o desempenho das funções					
Apresento limitação física para o desenvolvimento das funções					
Tenho falta de formação específica para o desempenho das minhas funções					
Falto ao trabalho como consequência das minhas funções					
Outra:					

2.2. Das seguintes ações, indique aquelas que foram adotadas pela sua organização durante o último ano:

	Sim	Não	Não Sei
Rotatividade entre serviços			
Mentoria			
Avaliação de desempenho			
Plano Individual do colaborador			
Desenvolvimento de ações de formação			
Levantamento das necessidades de qualificação/formação			
Investimento em ajudas técnicas			
Desenvolvimento de programas de bem-estar			
Avaliação da capacidade funcional para o trabalho			
Programas de transição para a reforma			
Organização do horário incluindo trabalho noturno fixo			
Organização do horário incluindo trabalho por turnos			
Flexibilidade de horários			
Práticas de conciliação pessoal e familiar			
Requalificação			

4.8. Indique o **grau de importância** que atribui a cada uma das práticas assinaladas, enquanto facilitadoras na realização das suas atividades e na obtenção de melhores resultados individuais:

	Muito Importante	Importante	Pouco Importante	Nada Importante
Rotatividade entre serviços				
Mentoria				
Avaliação de desempenho				
Plano Individual do colaborador				
Desenvolvimento de ações de formação				
Levantamento das necessidades de qualificação/formação				
Investimento em ajudas técnicas				
Desenvolvimento de programas de bem-estar				
Avaliação da capacidade funcional para o trabalho				
Programas de transição para a reforma				
Organização do horário incluindo trabalho noturno fixo				
Organização do horário incluindo trabalho por turnos				
Flexibilidade de horários				
Práticas de conciliação pessoal e familiar				
Requalificação				

Obrigada pela sua colaboração!

ANEXO E. Tabelas não incluídas no texto

Tabela 19 - Correlações de *Spearman* entre as variáveis sociodemográficas e profissionais (Gestão de Topo)

		Sexo	Idade	N.º anos de escolaridade	Antiguidade na função	Antiguidade na instituição	Cargo que ocupa
Sexo	Coefficiente de Correlação	1,000	-,288	,432*	-,191	-,198	,193
	Sig. (bilateral)	.	,145	,017	,322	,293	,307
	N	30	27	30	29	30	30
Idade	Coefficiente de Correlação	-,288	1,000	-,224	,340	,493*	-,128
	Sig. (bilateral)	,145	.	,262	,089	,009	,524
	N	27	27	27	26	27	27
N.º anos de escolaridade	Coefficiente de Correlação	,432*	-,224	1,000	-,223	-,051	,264
	Sig. (bilateral)	,017	,262	.	,244	,789	,158
	N	30	27	30	29	30	30
Antiguidade na função	Coefficiente de Correlação	-,191	,340	-,223	1,000	,744*	,052
	Sig. (bilateral)	,322	,089	,244	.	,000	,790
	N	29	26	29	29	29	29
Antiguidade na instituição	Coefficiente de Correlação	-,198	,493*	-,051	,744*	1,000	,287
	Sig. (bilateral)	,293	,009	,789	,000	.	,124
	N	30	27	30	29	30	30
Cargo que ocupa	Coefficiente de Correlação	,193	-,128	,264	,052	,287	1,000
	Sig. (bilateral)	,307	,524	,158	,790	,124	.
	N	30	27	30	29	30	30

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

**. A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Tabela 20 - Correlações de *Spearman* entre as variáveis sociodemográficas e profissionais e a percepção da atividade profissional dos AAD's/AEAPD (Gestão de Topo)

		Sexo	Idade	N.º anos de escolaridade	Antiguidade na função	Antiguidade na instituição	Cargo que ocupa
Maior esforço na conciliação/gestão familiar e laboral	Coefficiente de Correlação	,368*	-,453*	,050	-,344	-,432*	,124
	Sig. (bilateral)	,050	,020	,798	,073	,019	,520
	N	29	26	29	28	29	29
Menor participação em atividades sociais	Coefficiente de Correlação	,111	-,046	-,120	-,116	-,031	,159
	Sig. (bilateral)	,575	,825	,543	,564	,875	,420
	N	28	26	28	27	28	28
Queixas subjetivas na redução do bem-estar	Coefficiente de Correlação	,113	-,097	,378	-,304	-,125	,103
	Sig. (bilateral)	,559	,636	,043	,116	,517	,596
	N	29	26	29	28	29	29
Risco acrescido no desenvolvimento de doenças como consequências das funções desempenhadas	Coefficiente de Correlação	-,017	-,129	-,031	-,570**	-,274	,021
	Sig. (bilateral)	,930	,529	,874	,002	,151	,915
	N	29	26	29	28	29	29
Fadiga/ desgaste emocional	Coefficiente de Correlação	,119	-,175	,113	-,239	-,081	,029
	Sig. (bilateral)	,540	,393	,559	,221	,676	,883
	N	29	26	29	28	29	29
Perturbações do sono	Coefficiente de Correlação	,114	-,115	,025	,203	,270	,222
	Sig. (bilateral)	,565	,584	,900	,311	,165	,257
	N	28	25	28	27	28	28
Desgaste físico	Coefficiente de Correlação	,134	-,023	,020	-,336	-,072	-,148
	Sig. (bilateral)	,488	,911	,918	,080	,709	,444
	N	29	26	29	28	29	29
Menor envolvimento no desempenho das funções	Coefficiente de Correlação	,500*	-,079	,357	-,372	-,273	,079
	Sig. (bilateral)	,006	,701	,057	,051	,152	,686
	N	29	26	29	28	29	29
Limitação física para o desempenho das funções	Coefficiente de Correlação	,431*	,167	,332	-,082	,063	,116
	Sig. (bilateral)	,020	,416	,078	,679	,744	,550
	N	29	26	29	28	29	29
Falta de formação específica para o desempenho das funções	Coefficiente de Correlação	,246	-,041	-,084	-,180	-,206	,094
	Sig. (bilateral)	,199	,842	,667	,359	,283	,627
	N	29	26	29	28	29	29
Absentismo (i.e.: faltar ao trabalho)	Coefficiente de Correlação	-,163	,189	,041	-,281	-,112	,014
	Sig. (bilateral)	,399	,355	,832	,147	,564	,942
	N	29	26	29	28	29	29

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

**. A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Tabela 21 - Correlações de *Spearman* entre a percepção da atividade profissional dos AAD's/AEPD e os pré-requisitos no recrutamento (Gestão de Topo)

		Limite idade mínimo	Limite idade máximo	Dados antropométricos	Condição de saúde	Consumo de substâncias	Hab. Literárias mínimas	Qualificações específicas
Maior esforço na conciliação/gestão familiar e laboral	Coefficiente de Correlação	,099	-,158	-,133	-,238	-,008	,344	-,244
	Sig. (bilateral)	,616	,421	,536	,251	,970	,073	,211
	N	28	28	24	25	25	28	28
Menor participação em atividades sociais	Coefficiente de Correlação	-,135	-,263	,375	,022	,121	-,088	-,290
	Sig. (bilateral)	,501	,184	,078	,919	,572	,662	,143
	N	27	27	23	25	24	27	27
Queixas subjetivas na redução do bem-estar	Coefficiente de Correlação	,155	,097	,185	,667*	,217	-,258	,225
	Sig. (bilateral)	,432	,624	,387	,000	,297	,185	,249
	N	28	28	24	25	25	28	28
Risco acrescido no desenvolvimento de doenças como consequências das funções desempenhadas	Coefficiente de Correlação	-,305	-,573*	,117	-,068	,238	-,191	-,169
	Sig. (bilateral)	,114	,001	,587	,745	,252	,330	,390
	N	28	28	24	25	25	28	28
Fadiga/ desgaste emocional	Coefficiente de Correlação	,179	-,133	,000	,137	,141	-,028	-,059
	Sig. (bilateral)	,362	,500	1,000	,515	,501	,888	,766
	N	28	28	24	25	25	28	28
Perturbações do sono	Coefficiente de Correlação	-,322	-,295	-,067	,049	-,035	,064	-,099
	Sig. (bilateral)	,102	,136	,762	,817	,867	,752	,623
	N	27	27	23	25	25	27	27
Desgaste físico	Coefficiente de Correlação	,025	-,454*	,033	-,063	,208	-,101	-,101
	Sig. (bilateral)	,899	,015	,879	,765	,318	,609	,607
	N	28	28	24	25	25	28	28
Menor envolvimento no desempenho das funções	Coefficiente de Correlação	-,087	-,090	,153	,201	,100	-,064	-,020
	Sig. (bilateral)	,660	,650	,477	,336	,635	,746	,921
	N	28	28	24	25	25	28	28
Limitação física para o desempenho das funções	Coefficiente de Correlação	,101	-,027	,154	,372	,154	,027	,040
	Sig. (bilateral)	,609	,893	,471	,067	,461	,893	,838
	N	28	28	24	25	25	28	28
Falta de formação específica para o desempenho das funções	Coefficiente de Correlação	-,447*	-,590*	,082	-,325	,013	-,099	-,492*
	Sig. (bilateral)	,017	,001	,705	,113	,950	,615	,008
	N	28	28	24	25	25	28	28
Absentismo (i.e.: faltar ao trabalho)	Coefficiente de Correlação	-,350	-,219	,321	,207	,339	-,401*	-,151
	Sig. (bilateral)	,068	,263	,126	,321	,097	,034	,444
	N	28	28	24	25	25	28	28

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

**. A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Tabela 22 – Correlações de *Spearman* entre as variáveis sociodemográficas e profissionais e as PGRH adotadas pelos gestores (Gestão de Topo)

		Sexo	Idade	N.º anos de escolaridade	Antiguidade na função	Antiguidade na instituição	Cargo que ocupa
Rotatividade	Coeficiente de Correlação	,113	-,291	-,154	-,104	-,075	,172
	Sig. (bilateral)	,574	,167	,443	,605	,708	,392
	N	27	24	27	27	27	27
Mentoria	Coeficiente de Correlação	,127	,188	-,209	-,088	-,026	,148
	Sig. (bilateral)	,544	,402	,315	,675	,903	,479
	N	25	22	25	25	25	25
Avaliação de Desempenho	Coeficiente de Correlação	-,153	-,039	,031	,287	,315	,218
	Sig. (bilateral)	,437	,854	,876	,138	,103	,264
	N	28	25	28	28	28	28
Plano individual do colaborador	Coeficiente de Correlação	,185	,057	,035	-,069	,133	,163
	Sig. (bilateral)	,365	,794	,864	,738	,516	,425
	N	26	23	26	26	26	26
Desenvolvimento de ações de formação	Coeficiente de Correlação	.	.	.	.	.	.
	Sig. (bilateral)	.	.	.	.	.	.
	N	27	24	27	27	27	27
Levantamento das necessidades de qualificação/formação	Coeficiente de Correlação	.	.	.	.	.	.
	Sig. (bilateral)	.	.	.	.	.	.
	N	26	23	26	26	26	26
Investimento em ajudas técnicas	Coeficiente de Correlação	.	.	.	.	.	.
	Sig. (bilateral)	.	.	.	.	.	.
	N	24	21	24	24	24	24
Desenvolvimento de programas de bem-estar	Coeficiente de Correlação	-,187	-,080	-,148	,263	,287	,131
	Sig. (bilateral)	,382	,731	,489	,215	,174	,543
	N	24	21	24	24	24	24
Capacidade funcional para o trabalho	Coeficiente de Correlação	,310	,178	,173	,000	-,138	,115
	Sig. (bilateral)	,226	,544	,506	1,000	,597	,659
	N	17	14	17	17	17	17
Programas de transição para a reforma	Coeficiente de Correlação	.	.	.	.	.	.
	Sig. (bilateral)	.	.	.	.	.	.
	N	14	11	14	14	14	14
Organização do trabalho por noturno fixo	Coeficiente de Correlação	,258	,209	,353	-,516	-,397	-,041
	Sig. (bilateral)	,373	,538	,216	,059	,160	,889
	N	14	11	14	14	14	14

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

**. A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Tabela 23 – Correlações de *Spearman* entre as variáveis sociodemográficas e profissionais e as PGRH adotadas pelos gestores (Gestão de Topo) (continuação)

		Sexo	Idade	N.º anos de escolaridade	Antiguidade na função	Antiguidade na instituição	Cargo que ocupa
Organização do trabalho por turnos	Coeficiente de Correlação	,600*	-,180	,323	,053	-,048	,400
	Sig. (bilateral)	,008	,520	,191	,841	,850	,100
	N	18	15	18	17	18	18
Flexibilidade de horários	Coeficiente de Correlação	,125	-,469	-,025	,306	,236	,165
	Sig. (bilateral)	,621	,078	,922	,217	,346	,514
	N	18	15	18	18	18	18
Práticas de conciliação	Coeficiente de Correlação	-,111	,056	,192	,096	,314	-,075
	Sig. (bilateral)	,641	,832	,416	,687	,178	,754
	N	20	17	20	20	20	20
Requalificação	Coeficiente de Correlação	-,022	,327	,227	-,493*	-,229	,126
	Sig. (bilateral)	,935	,253	,380	,044	,377	,630
	N	17	14	17	17	17	17

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

**. A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Tabela 24 – Correlações de *Spearman* entre as variáveis organizacionais e as PGRH adotadas pelos gestores (Gestão de Topo)

		Número de serviços	Dimensão
Rotatividade	Coefficiente de Correlação	,525**	,222
	Sig. (bilateral)	,005	,265
	N	27	27
Mentoria	Coefficiente de Correlação	-,151	-,264
	Sig. (bilateral)	,471	,203
	N	25	25
Avaliação de Desempenho	Coefficiente de Correlação	,317	,000
	Sig. (bilateral)	,100	1,000
	N	28	28
Plano individual do colaborador	Coefficiente de Correlação	,104	-,214
	Sig. (bilateral)	,612	,295
	N	26	26
Desenvolvimento de ações de formação	Coefficiente de Correlação	.	.
	Sig. (bilateral)	.	.
	N	27	27
Levantamento das necessidades de qualificação/formação	Coefficiente de Correlação	.	.
	Sig. (bilateral)	.	.
	N	26	26
Investimento em ajudas técnicas	Coefficiente de Correlação	.	.
	Sig. (bilateral)	.	.
	N	24	24
Desenvolvimento de programas de bem-estar	Coefficiente de Correlação	,006	-,237
	Sig. (bilateral)	,977	,266
	N	24	24
Capacidade funcional para o trabalho	Coefficiente de Correlação	-,363	-,471
	Sig. (bilateral)	,152	,056
	N	17	17
Programas de transição para a reforma	Coefficiente de Correlação	.	.
	Sig. (bilateral)	.	.
	N	14	14
Organização do trabalho por noturno fixo	Coefficiente de Correlação	-,191	,176
	Sig. (bilateral)	,513	,546
	N	14	14
Organização do trabalho por turnos	Coefficiente de Correlação	,197	,031
	Sig. (bilateral)	,434	,902
	N	18	18
Flexibilidade de horários	Coefficiente de Correlação	,181	-,111
	Sig. (bilateral)	,471	,660
	N	18	18
Práticas de conciliação	Coefficiente de Correlação	,305	,063
	Sig. (bilateral)	,190	,792
	N	20	20
Requalificação	Coefficiente de Correlação	,142	,415
	Sig. (bilateral)	,587	,098
	N	17	17

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

**. A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Tabela 25 – Correlações de *Spearman* entre as variáveis sociodemográficas e profissionais e a importância atribuída às PGRH (Gestão de Topo)

		Sexo	Idade	N.º anos de escolaridade	Antiguidade na função	Antiguidade na instituição	Cargo que ocupa
Rotatividade	Coeficiente de Correlação	,337	-,257	,052	-,452*	-,322	,071
	Sig. (bilateral)	,079	,216	,794	,018	,095	,718
	N	28	25	28	27	28	28
Mentoria	Coeficiente de Correlação	,346	-,180	,073	-,253	-,230	,058
	Sig. (bilateral)	,066	,380	,707	,193	,231	,765
	N	29	26	29	28	29	29
Avaliação de Desempenho	Coeficiente de Correlação	-,093	,027	,156	-,099	,036	-,099
	Sig. (bilateral)	,626	,894	,409	,610	,851	,602
	N	30	27	30	29	30	30
Plano individual do colaborador	Coeficiente de Correlação	,000	-,177	,052	-,046	-,098	-,266
	Sig. (bilateral)	1,000	,378	,784	,814	,607	,156
	N	30	27	30	29	30	30
Desenvolvimento de ações de formação	Coeficiente de Correlação	.	.	.	.	.	.
	Sig. (bilateral)	.	.	.	.	.	.
	N	30	27	30	29	30	30
Levantamento das necessidades de qualificação/formação	Coeficiente de Correlação	.	.	.	.	.	.
	Sig. (bilateral)	.	.	.	.	.	.
	N	30	27	30	29	30	30
Investimento em ajudas técnicas	Coeficiente de Correlação	.	.	.	.	.	.
	Sig. (bilateral)	.	.	.	.	.	.
	N	30	27	30	29	30	30
Desenvolvimento de programas de bem-estar	Coeficiente de Correlação	.	.	.	.	.	.
	Sig. (bilateral)	.	.	.	.	.	.
	N	30	27	30	29	30	30
Capacidade funcional para o trabalho	Coeficiente de Correlação	,200	-,029	-,017	-,071	,043	,238
	Sig. (bilateral)	,288	,885	,928	,714	,822	,205
	N	30	27	30	29	30	30
Programas de transição para a reforma	Coeficiente de Correlação	,035	-,315	,363*	-,332	-,102	,329
	Sig. (bilateral)	,856	,109	,049	,079	,590	,076
	N	30	27	30	29	30	30
Organização do trabalho por noturno fixo	Coeficiente de Correlação	,064	-,094	,177	-,488**	-,218	,168
	Sig. (bilateral)	,748	,654	,367	,010	,264	,394
	N	28	25	28	27	28	28

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

**. A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Tabela 26 – Correlações de *Spearman* entre as variáveis sociodemográficas e profissionais e a importância atribuída às PGRH (Gestão de Topo) (continuação)

		Sexo	Idade	N.º anos de escolaridade	Antiguidade na função	Antiguidade na instituição	Cargo que ocupa
Organização do trabalho por turnos	Coefficiente de Correlação	,013	,065	,270	-,396*	-,405*	,010
	Sig. (bilateral)	,946	,757	,165	,041	,033	,961
	N	28	25	28	27	28	28
Flexibilidade de horários	Coefficiente de Correlação	,049	-,429*	,070	,118	,076	,227
	Sig. (bilateral)	,797	,025	,714	,544	,691	,228
	N	30	27	30	29	30	30
Práticas de conciliação familiar e laboral	Coefficiente de Correlação	,111	-,008	,079	-,244	-,107	,139
	Sig. (bilateral)	,559	,968	,677	,202	,573	,465
	N	30	27	30	29	30	30
Requalificação	Coefficiente de Correlação	-,008	-,057	,319	-,389*	-,479*	-,202
	Sig. (bilateral)	,968	,777	,092	,041	,009	,294
	N	29	27	29	28	29	29

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

**. A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Tabela 27 – Correlações de *Spearman* entre as variáveis organizacionais e a importância atribuída às PGRH (Gestão de Topo)

		Número de serviços	Dimensão
Rotatividade	Coefficiente de Correlação	,269	,236
	Sig. (bilateral)	,167	,226
	N	28	28
Mentoria	Coefficiente de Correlação	-,246	-,106
	Sig. (bilateral)	,198	,584
	N	29	29
Avaliação de Desempenho	Coefficiente de Correlação	-,488*	-,583*
	Sig. (bilateral)	,006	,001
	N	30	30
Plano individual do colaborador	Coefficiente de Correlação	-,187	-,405*
	Sig. (bilateral)	,321	,027
	N	30	30
Desenvolvimento de ações de formação	Coefficiente de Correlação	-,323	-,295
	Sig. (bilateral)	,081	,114
	N	30	30
Levantamento das necessidades de qualificação/formação	Coefficiente de Correlação	-,178	-,098
	Sig. (bilateral)	,346	,606
	N	30	30
Investimento em ajudas técnicas	Coefficiente de Correlação	,583*	,333
	Sig. (bilateral)	,001	,072
	N	30	30
Desenvolvimento de programas de bem-estar	Coefficiente de Correlação	,151	-,016
	Sig. (bilateral)	,426	,933
	N	30	30
Capacidade funcional para o trabalho	Coefficiente de Correlação	-,034	-,388*
	Sig. (bilateral)	,857	,034
	N	30	30
Programas de transição para a reforma	Coefficiente de Correlação	,296	,310
	Sig. (bilateral)	,113	,095
	N	30	30
Organização do trabalho por noturno fixo	Coefficiente de Correlação	,247	,071
	Sig. (bilateral)	,204	,718
	N	28	28
Organização do trabalho por turnos	Coefficiente de Correlação	,105	,051
	Sig. (bilateral)	,595	,795
	N	28	28
Flexibilidade de horários	Coefficiente de Correlação	,195	,458*
	Sig. (bilateral)	,302	,011
	N	30	30
Práticas de conciliação	Coefficiente de Correlação	,312	,234
	Sig. (bilateral)	,093	,213
	N	30	30
Requalificação	Coefficiente de Correlação	,163	,015
	Sig. (bilateral)	,399	,940
	N	29	29

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

**. A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Tabela 28 – Correlações de *Spearman* entre as variáveis sociodemográficas e a percepção da atividade profissional (AAD's/AEAPD)

		Sexo	Idade	Estado civil	N.º de filhos	Anos de escolaridade
Tenho que fazer um grande esforço na conciliação/gestão familiar e laboral	Coeficiente de Correlação	-,077	-,355**	,061	,171	,025
	Sig. (bilateral)	,492	,002	,588	,130	,833
	N	81	76	80	80	74
Participo pouco em atividades sociais	Coeficiente de Correlação	,032	-,164	,090	,200	-,027
	Sig. (bilateral)	,774	,160	,426	,076	,821
	N	81	75	80	80	74
Sinto uma diminuição do meu bem-estar	Coeficiente de Correlação	-,123	-,171	-,079	,026	,001
	Sig. (bilateral)	,289	,153	,497	,828	,995
	N	76	71	76	75	69
Tenho um risco acrescido para o desenvolvimento de doenças como consequência das minhas funções	Coeficiente de Correlação	-,310**	,178	,140	-,061	-,017
	Sig. (bilateral)	,006	,138	,228	,603	,889
	N	77	71	76	76	70
Sinto fadiga e desgaste emocional	Coeficiente de Correlação	-,267*	-,009	,129	,111	-,033
	Sig. (bilateral)	,017	,939	,258	,330	,781
	N	80	75	79	79	74
Tenho alterações da qualidade/quantidade do sono	Coeficiente de Correlação	-,173	-,173	,131	,255*	,042
	Sig. (bilateral)	,125	,139	,248	,023	,725
	N	80	75	79	79	73
Sinto desgaste físico	Coeficiente de Correlação	-,300**	,060	,007	,200	-,028
	Sig. (bilateral)	,007	,607	,948	,075	,815
	N	81	75	80	80	74
Estou motivado para o desempenho das funções	Coeficiente de Correlação	-,155	,265*	-,003	-,034	-,230*
	Sig. (bilateral)	,167	,021	,977	,766	,048
	N	81	75	81	80	74
Apresento limitação física para o desenvolvimento das funções	Coeficiente de Correlação	,012	-,116	,041	-,162	,130
	Sig. (bilateral)	,919	,330	,721	,160	,281
	N	78	73	77	77	71
Tenho falta de formação específica para o desempenho das minhas funções	Coeficiente de Correlação	-,054	-,214	,184	,047	-,083
	Sig. (bilateral)	,629	,065	,102	,682	,482
	N	81	75	80	80	74
Falto ao trabalho como consequência das minhas funções	Coeficiente de Correlação	-,007	-,011	,093	,027	,016
	Sig. (bilateral)	,948	,923	,410	,811	,892
	N	81	75	80	80	74

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

**. A correlação é significativa no nível 0.01 (bilateral).

Tabela 29 – Correlações de *Spearman* entre as variáveis profissionais e a percepção da atividade profissional (AAD's/AEAPD)

		Formação específica	Atividade profissional anterior	Antiguidade na função	Antiguidade na organização
Tenho que fazer um grande esforço na conciliação/gestão familiar e laboral	Coeficiente de Correlação	-,029	-,240*	-,202	-,228*
	Sig. (bilateral)	,814	,037	,074	,049
	N	70	76	79	75
Participo pouco em atividades sociais	Coeficiente de Correlação	-,019	-,172	-,265*	-,204
	Sig. (bilateral)	,874	,138	,018	,079
	N	70	76	79	75
Sinto uma diminuição do meu bem-estar	Coeficiente de Correlação	,076	-,083	-,073	,031
	Sig. (bilateral)	,550	,490	,536	,795
	N	65	71	74	71
Tenho um risco acrescido para o desenvolvimento de doenças como consequência das minhas funções	Coeficiente de Correlação	-,019	-,025	,049	,068
	Sig. (bilateral)	,880	,834	,674	,570
	N	68	73	76	73
Sinto fadiga e desgaste emocional	Coeficiente de Correlação	,122	,083	-,096	-,084
	Sig. (bilateral)	,313	,480	,402	,475
	N	70	75	78	74
Tenho alterações da qualidade/quantidade do sono	Coeficiente de Correlação	,293*	,063	-,156	-,181
	Sig. (bilateral)	,015	,589	,172	,119
	N	69	75	78	75
Sinto desgaste físico	Coeficiente de Correlação	,217	,208	-,037	-,005
	Sig. (bilateral)	,069	,069	,748	,965
	N	71	77	79	75
Estou motivado para o desempenho das funções	Coeficiente de Correlação	-,204	-,035	,164	,198
	Sig. (bilateral)	,090	,766	,148	,089
	N	70	76	79	75
Apresento limitação física para o desenvolvimento das funções	Coeficiente de Correlação	,010	-,096	-,012	,123
	Sig. (bilateral)	,933	,417	,915	,303
	N	68	73	76	72
Tenho falta de formação específica para o desempenho das minhas funções	Coeficiente de Correlação	-,320*	,033	-,371*	-,307*
	Sig. (bilateral)	,007	,778	,001	,007
	N	70	76	79	75
Falto ao trabalho como consequência das minhas funções	Coeficiente de Correlação	-,062	,035	,044	,105
	Sig. (bilateral)	,608	,764	,701	,368
	N	70	76	79	75

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

**. A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Tabela 30 – Correlações de *Spearman* entre a condição de saúde e a percepção da atividade profissional (AAD's/AEAPD)

		Condição de saúde
Tenho que fazer um grande esforço na conciliação/gestão familiar e laboral	Coeficiente de Correlação Sig. (bilateral) N	,213 ,058 80
Participo pouco em atividades sociais	Coeficiente de Correlação Sig. (bilateral) N	,066 ,564 80
Sinto uma diminuição do meu bem-estar	Coeficiente de Correlação Sig. (bilateral) N	,214 ,065 75
Tenho um risco acrescido para o desenvolvimento de doenças como consequência das minhas funções	Coeficiente de Correlação Sig. (bilateral) N	,297* ,009 76
Sinto fadiga e desgaste emocional	Coeficiente de Correlação Sig. (bilateral) N	,169 ,136 79
Tenho alterações da qualidade/quantidade do sono	Coeficiente de Correlação Sig. (bilateral) N	,065 ,569 79
Sinto desgaste físico	Coeficiente de Correlação Sig. (bilateral) N	,203 ,071 80
Estou motivado para o desempenho das funções	Coeficiente de Correlação Sig. (bilateral) N	-,060 ,599 80
Apresento limitação física para o desenvolvimento das funções	Coeficiente de Correlação Sig. (bilateral) N	,238* ,037 77
Tenho falta de formação específica para o desempenho das minhas funções	Coeficiente de Correlação Sig. (bilateral) N	-,104 ,359 80
Falto ao trabalho como consequência das minhas funções	Coeficiente de Correlação Sig. (bilateral) N	,058 ,607 80

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

**. A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Tabela 31 – Correlações de *Spearman* entre a percepção da atividade profissional e o nível de conhecimento das PGRH (AAD's/AEAPD)

		Nível de conhecimento das PGRH
Tenho que fazer um grande esforço na conciliação/gestão familiar e laboral	Coeficiente de Correlação Sig. (bilateral) N	,007 ,953 81
Participo pouco em atividades sociais	Coeficiente de Correlação Sig. (bilateral) N	-,146 ,192 81
Sinto uma diminuição do meu bem-estar	Coeficiente de Correlação Sig. (bilateral) N	-,405* ,000 76
Tenho um risco acrescido para o desenvolvimento de doenças como consequência das minhas funções	Coeficiente de Correlação Sig. (bilateral) N	-,351* ,002 77
Sinto fadiga e desgaste emocional	Coeficiente de Correlação Sig. (bilateral) N	-,222* ,048 80
Tenho alterações da qualidade/quantidade do sono	Coeficiente de Correlação Sig. (bilateral) N	-,057 ,618 80
Sinto desgaste físico	Coeficiente de Correlação Sig. (bilateral) N	-,181 ,106 81
Estou motivado para o desempenho das funções	Coeficiente de Correlação Sig. (bilateral) N	,062 ,583 81
Apresento limitação física para o desenvolvimento das funções	Coeficiente de Correlação Sig. (bilateral) N	-,238* ,036 78
Tenho falta de formação específica para o desempenho das minhas funções	Coeficiente de Correlação Sig. (bilateral) N	-,109 ,331 81
Falto ao trabalho como consequência das minhas funções	Coeficiente de Correlação Sig. (bilateral) N	-,098 ,386 81

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

**. A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Tabela 32 – Correlações de *Spearman* entre as variáveis sociodemográficas e importância atribuída às PGRH (AAD's/AEAPD)

		Sexo	Idade	Estado civil	N.º de filhos	Anos de escolaridade
Rotatividade	Coeficiente de Correlação	-,018	-,041	,087	-,079	-,043
	Sig. (bilateral)	,870	,720	,429	,474	,706
	N	86	80	85	85	79
Mentoria	Coeficiente de Correlação	-,050	,182	-,001	-,043	,008
	Sig. (bilateral)	,648	,105	,994	,694	,946
	N	86	80	85	85	79
Avaliação de Desempenho	Coeficiente de Correlação	-,009	,143	-,068	,034	-,106
	Sig. (bilateral)	,933	,206	,536	,758	,353
	N	86	80	85	85	79
Plano individual do colaborador	Coeficiente de Correlação	-,124	,139	,055	,034	-,051
	Sig. (bilateral)	,256	,220	,615	,756	,656
	N	86	80	85	85	79
Desenvolvimento de ações de formação	Coeficiente de Correlação	,033	,112	-,022	,021	-,229*
	Sig. (bilateral)	,761	,322	,844	,847	,042
	N	86	80	85	85	79
Levantamento das necessidades de qualificação/formação	Coeficiente de Correlação	-,035	,059	-,087	,063	-,177
	Sig. (bilateral)	,751	,604	,426	,567	,118
	N	86	80	85	85	79
Investimento em ajudas técnicas	Coeficiente de Correlação	-,042	-,087	-,153	-,053	-,078
	Sig. (bilateral)	,703	,443	,161	,630	,496
	N	86	80	85	85	79
Desenvolvimento de programas de bem-estar	Coeficiente de Correlação	,093	-,043	-,064	,081	-,199
	Sig. (bilateral)	,396	,704	,559	,459	,078
	N	86	80	85	85	79
Capacidade funcional para o trabalho	Coeficiente de Correlação	,029	,195	-,017	-,095	-,139
	Sig. (bilateral)	,793	,084	,875	,388	,222
	N	86	80	85	85	79
Programas de transição para a reforma	Coeficiente de Correlação	,031	,094	-,020	-,041	-,177
	Sig. (bilateral)	,779	,407	,855	,709	,119
	N	86	80	85	85	79
Organização do trabalho por noturno fixo	Coeficiente de Correlação	-,164	,148	-,022	,005	-,117
	Sig. (bilateral)	,131	,191	,845	,966	,304
	N	86	80	85	85	79

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

**. A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Tabela 33 – Correlações de *Spearman* entre as variáveis sociodemográficas e importância atribuída às PGRH (AAD's/AEAPD) (continuação)

		Sexo	Idade	Estado civil	N.º de filhos	Anos de escolaridade
Organização do trabalho por turnos	Coefficiente de Correlação	-,102	,171	,046	,036	-,076
	Sig. (bilateral)	,349	,130	,676	,747	,503
	N	86	80	85	85	79
Flexibilidade de horários	Coefficiente de Correlação	-,104	,151	,047	-,003	-,114
	Sig. (bilateral)	,342	,182	,667	,977	,319
	N	86	80	85	85	79
Práticas de conciliação	Coefficiente de Correlação	,048	,105	,005	-,022	-,152
	Sig. (bilateral)	,663	,355	,961	,844	,182
	N	86	80	85	85	79
Requalificação	Coefficiente de Correlação	,028	-,056	,058	,025	-,028
	Sig. (bilateral)	,799	,621	,597	,817	,806
	N	86	80	85	85	79

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

**. A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Tabela 34 – Correlações de *Spearman* entre as variáveis profissionais e importância atribuída às PGRH (AAD's/AEAPD)

		Formação específica	Atividade profissional anterior	Antiguidade na função	Antiguidade na organização
Rotatividade	Coefficiente de Correlação	-,087	,038	,070	,080
	Sig. (bilateral)	,467	,735	,528	,483
	N	73	80	84	79
Mentoria	Coefficiente de Correlação	,147	,174	,118	,124
	Sig. (bilateral)	,214	,124	,283	,275
	N	73	80	84	79
Avaliação de Desempenho	Coefficiente de Correlação	-,005	,227*	,169	,119
	Sig. (bilateral)	,968	,043	,124	,298
	N	73	80	84	79
Plano individual do colaborador	Coefficiente de Correlação	,105	,086	,126	,035
	Sig. (bilateral)	,377	,447	,254	,761
	N	73	80	84	79
Desenvolvimento de ações de formação	Coefficiente de Correlação	,149	,151	,051	-,057
	Sig. (bilateral)	,207	,181	,648	,615
	N	73	80	84	79
Levantamento das necessidades de qualificação/formação	Coefficiente de Correlação	,137	,180	,135	,037
	Sig. (bilateral)	,248	,109	,221	,744
	N	73	80	84	79
Investimento em ajudas técnicas	Coefficiente de Correlação	-,063	-,057	,267*	,129
	Sig. (bilateral)	,594	,617	,014	,257
	N	73	80	84	79
Desenvolvimento de programas de bem-estar	Coefficiente de Correlação	-,010	-,107	,030	-,077
	Sig. (bilateral)	,936	,344	,783	,502
	N	73	80	84	79
Capacidade funcional para o trabalho	Coefficiente de Correlação	,061	,299**	,265*	,250*
	Sig. (bilateral)	,610	,007	,015	,026
	N	73	80	84	79
Programas de transição para a reforma	Coefficiente de Correlação	,095	,080	,239*	,227*
	Sig. (bilateral)	,426	,481	,029	,044
	N	73	80	84	79
Organização do trabalho por noturno fixo	Coefficiente de Correlação	,054	,219	,128	,145
	Sig. (bilateral)	,649	,051	,247	,203
	N	73	80	84	79

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

**. A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Tabela 35 – Correlações de *Spearman* entre as variáveis profissionais e importância atribuída às PGRH (AAD's/AEAPD) (continuação)

		Formação específica	Atividade profissional anterior	Antiguidade na função	Antiguidade na organização
Organização do trabalho por turnos	Coefficiente de Correlação	,085	,306*	,136	,123
	Sig. (bilateral)	,474	,006	,218	,279
	N	73	80	84	79
Flexibilidade de horários	Coefficiente de Correlação	,199	,217	,171	,187
	Sig. (bilateral)	,091	,053	,120	,098
	N	73	80	84	79
Práticas de conciliação	Coefficiente de Correlação	,199	,118	,176	,152
	Sig. (bilateral)	,091	,296	,109	,181
	N	73	80	84	79
Requalificação	Coefficiente de Correlação	,146	,011	,082	-,010
	Sig. (bilateral)	,218	,924	,460	,932
	N	73	80	84	79

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

**. A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).